

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND TALLINNAS
avaliku õiguse instituut

Maarja Roht

EUTANAASIA LEGALISEERIMISE VÕIMALIKKUS EESTIS HOLLANDI NÄITEL

Magistritöö

Juhendaja
dr. iur Ants Nõmper
Kaasjuhendaja
PhD Kristjan Kask

Tallinn
2013

SISSEJUHATUS	4
1. EUTANAASIA	7
1.1 Olemus, mõiste ja liigitus	7
1.1.1. Aktiivne eutanaasia	8
1.1.2. Passiivne eutanaasia	8
1.1.3. Assisteeritud enesetapp	9
1.2. Üldised õiguslikud seisukohad	9
1.2.1. Vastuolulised õigused	10
1.2.2. Autonoomia argument	11
1.2.3. Majanduslikud kaalutlused	12
1.2.4. Arsti huvid ja õigus surra	14
1.2.5. Õigustest loobumise võimalikkus	15
1.2.6. Kaastunde, diskrimineerimise ja võrdõiguslikkuse printsiibid	17
2. EUTANAASIA KOHTUPRAKTIKA VÄLISRIIKIDES JA REGULATSIOON HOLLANDIS	20
2.1. Kohtupraktika välisriikides	20
2.1.1. Kohtupraktika Hollandis	20
2.1.1.1. <i>Postma</i> kaasus	20
2.1.1.2. <i>Alkmaar/Schoonheim</i> kaasus	21
2.1.1.3. <i>Brongersma</i> kaasus	22
2.1.1.4. <i>Van Oijen</i> ’i kaasus	23
2.1.2. Kohtupraktika Saksamaal	24
2.1.2.1. <i>Kempton</i> kaasus	24
2.1.2.2. <i>Putz</i> kaasus	25
2.1.3. Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika	27
2.1.3.1. <i>Haas v. Šveits</i>	27
2.1.3.2. <i>Koch v. Saksamaa</i>	29
2.2. Eutanaasia regulatsiooni tingimused ja lähtekohad Hollandis	31
2.2.1. Sotsiaalsed tingimused	32
2.2.1.1. Poliitika	32
2.2.1.2. Tervishoiusüsteem	33
2.2.2. Õiguslikud lähtekohad ja areng alates 1970. aastast	35
3. EUTANAASIA TEOSTAMINE EESTIS	39
3.1. Kriminaalõigus	39
3.2. Tsiviilõigus	42

3.3. Aktiivse eutanaasia teostamise tagajärjed	45
3.3.1. Kriminaalõiguslikud tagajärjed	45
3.3.2. Tsiviilõiguslikud tagajärjed	46
4. EUTANAASIA VÕIMALIK REGULATSIOON EESTIS	50
4.1. Regulatsiooni eesmärgid ja vajalikkus	50
4.2. Regulatsiooni kirjeldus ja ülesehitus	53
4.3. Eutanaasia sisulised ja protseduurilised tingimused	54
4.3.1. Patsiendi tahteavaldus	55
4.3.2. Talumatud ja lootusetud kannatused	57
4.3.3. Arst	57
4.3.4. Konsultatsioon	58
4.3.5. Teised hoolsuskohustuse tingimused	60
KOKKUVÕTE	63
THE POSSIBILITY OF LEGALISING EUTHANASIA IN ESTONIA BY THE EXAMPLE OF THE NETHERLANDS. Summary	67
KASUTATUD KIRJANDUS	74
KASUTATUD ÕIGUSAKTID	75
KASUTATUD KOHTUPRAKTIKA	76
KASUTATUD ELEKTROONILISED ALLIKAD	76

SISSEJUHATUS

Käesolev magistritöös analüüsitakse eutanaasia regulatsiooni arengut ning sellega seonduvaid õiguslike aspekte, süüvitakse Hollandi õiguspraktikasse eutanaasia seadustamisele eelnenud ajal ja peale eutanaasia seadustamist, millest lähtuvalt kujundatakse vajalike eesmärkide ja regulatsiooni sisulised ja protseduurilised tingimused. Samuti uuritakse eutanaasia seadustamise võimalikkust Eestis, andes sealhulgas hinnangu kehtiva õiguse pinnalt teostatava eutanaasia kohta ning tehes ettepanekuid eutanaasia seadustamiseks vajalike muudatuste tegemiseks läbi Hollandi praktika.

Töö aktuaalsus väljendub mitmes – esiteks on üha enam riike, sh Euroopa Liidu liikmesriigid, alustanud aktsepteerima eutanaasiat ühel või teisel moel ning sellest lähtuvalt ka oma õiguskorda muutma. Arvestades, et Eesti kuulub Euroopa Liidu liikmesriikide sekka, on autori hinnangul põhjendatud selgitada välja, kas ja kuidas on eutanaasia lubatavus/lubamatus reguleeritud Eestis ning kas kehtivast õigusest tulenevalt esineb vajadus eutanaasiat reguleeriva seaduse loomiseks. Teiseks aluseks võib pidada ühiskonna jätkuvat kõrgendatud diskussiooni ja huvi eutanaasia teostamise üle, mida näitlikustavad mitmete ajalehekülgede veergudelt leitavad artiklid ja arvamused, nende hulgas Andrei Hvostov'i poolt 2013. aasta aprilli lõpus algatatud diskussioon, ning ka näiteks asjaolu, et Rahvakogule tehti mitmeid ettepanekuid eutanaasia seadustamiseks.

Kuna eutanaasia puhul on tegemist vastuolulise käitumisega, mis osades riikides on seadustatud, samas teistes keelatud, siis hinnatakse käesolevas töös, millal ja millistel tingimustel on eutanaasia teostamine lubatav ja põhjendatud. Töös otsitakse vastust järgmistele uurimisküsimistele - kas eutanaasiat on võimalik teostada kehtivate seaduste alusel ja millised on eutanaasia läbiviimise tagajärjed ning mida tuleks teha eutanaasia seadustamiseks Eestis. Lähtuvalt analüüsi tulemustest tehakse ettepanekuid eutanaasia reguleerimiseks ja seadusandluse täiendamiseks.

Selleks, et eelpool nimetatud probleeme lahendada, analüüsitakse eutanaasia olemust ja sisu ning sellega seonduvaid õiguslike seisukohti ja seadusandlust, sealhulgas uuritakse Hollandi praktikat eutanaasia seadustamisel ning Hollandi, Saksamaa ja Euroopa Inimõiguste Kohtu kohtupraktikat. Et selgitada välja eutanaasia rakendamist Eestis, hinnatakse kehtiva regulatsiooni sõnastust ja seaduse alusel tekkivaid võimalusi eutanaasia teostamiseks, samuti analüüsitakse võimalike nõuete teket eutanaasia teostamise tagajärjel.

Käesolevas magistritöös peetakse eutanaasia all silmas olukorda, kus arsti teo läbi sureb selgesõnalisel nõusolekul patsient, kes kannatab talumatult ja lootusetult, ilma väljavaateta terveneda. Eutanaasia all mõeldakse aktiivset eutanaasiat ja assisteeritud enesetappu, kui ei ole kirjapandud teisiti. Eutanaasiaks ei ole surma kiirendav, valu leevendav ravi ega elupikendava ravi tagasihoidmine või lõpetamine. Viimati nimetatuid meetodeid peetakse üldiselt osaks tavalisest meditsiini praktikast ning erinevaks eutanaasiast, kuna selle üle puudub spetsiifiline kontroll. Mõiste selge kasutamine on käesoleva teema puhul oluline, kuna ebatäpse sõnastuse korral võidakse seadustada tegu, mida on võimalik teostada kõigil, mitte erandjuhtudel arstidel.

Selgitamaks välja, kas eutanaasiat on võimalik seaduslikult teostada juba täna, uuritakse ja analüüsitakse eelkõige karistusõigust ja võlaõigust. Autori seisukoha kinnitamiseks analüüsitakse patsiendi tahteavalduse alusel ja ilma tahteavalduseta teostatud eutanaasia õiguspärasust. Samuti analüüsitakse ja kirjeldatakse Hollandis eksisteerivat aastakümnete pikkust praktikast, mille alusel on võimalik tõmmata paralleele nii Eestis kehtiva õiguse kui ka võimaliku loodava regulatsiooni tarbeks. Samas tuleb silmas pidada, et eutanaasia puhul ei ole tegemist rahvusvaheliselt ja üheselt tunnustatud käitumisega, mistõttu näitlikustatakse õiguspraktikat ka läbi Hollandi, Saksa ja Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika.

Kuna üha enam riike aktsepteerivad elulõpetavat käitumist, uuritakse eutanaasia seadustamise vajaduse esinemist Eesti õiguskorras. Käesoleva töö põhiliseks eesmärgiks on luua selgus eutanaasia teostamise õiguspärasuses, tuginedes kohtupraktikale ja Hollandi õiguspraktikale, ning tuua välja olulised tingimused, millega tuleks eutanaasia seadustamisel arvestada. Hollandi praktikast lähtumine on õigustatud eelkõige seetõttu, et Holland oli esimene riik, kes suutis luua tervikuliku süsteemi. Süsteemi asjakohasus väljendub ka selles, et sellest on lähtunud ka teised riigid.

Eutanaasia seadustamiseks ei ole vaja hinnata vaid õigus- ja kohtupraktikat teistes riikides. Eutanaasia osas peab ühiskondlik arvamus olema toetav ning teostus poliitiliselt võimalik. Ühiskonna arvamus sõltub väärtustest, inimelu väärika kohtlemise olulisusest, samas ka austusest isiku autonoomia vastu. Eutanaasia puhul ei piisa aga vaid ühiskonna üldisest hinnangust ja poliitilisest arvamusel, oluline on selgitada välja ja arvestada ka nende isikute arvamustega (eelkõige arstidega), kes eutanaasiat teostama hakkaks. Samuti tuleb läbi mõelda, kuidas toimub ja tagatakse eutanaasia seaduspärasus. Kui ühiskondlikud ja poliitilised arvamusel ühtivad ning võimalused eutanaasia seadustamiseks täidetakse, on

võimalik edasi minna seadusloome ja erinevate argumentide arvestamise ja ümberlükkamise juurde. Eutanaasiaga seonduva(te) seadus(t)e kehtestamisel ja muutmisel tuleb aga näha muuhulgas ajaloolist, institutsionaalset, poliitilist, kultuurilist ja sotsiaalset keskkonda; eksisteerivat tervishoiusüsteemi ning ka õiguse ajalugu.

Magistritöö kirjutamise raames on kogutud vajalikke lähteandmeid ja läbitöötatud ning tõlgendatud aluseks olevaid allikaid nii paberkandjal kui ka elektrooniliselt. Magistritöö põhineb Eesti ja Hollandi osas peamiselt õigusaktidel, kohtupraktikal ning õiguskirjandusel, samas ei ole kõrvale jäetud autori hinnangul teiste märkimistvääriivate õigusteadlaste seisukohti, vähem tähtsal kohal ei ole ka kohtupraktika. Autori hinnangul on magistritöö aluseks olevad allikad usaldusväärsed.

Töö on jagatud nelja peatükki, millest esimeses selgitatakse eutanaasia olemust ja liigitust ning seonduvaid argumente. Teises peatükis uuritakse eutanaasia regulatsiooni ajaloolist arengut Hollandis ning eutanaasiaga seonduvat kohtupraktikat nii Hollandis kui ka Saksamaal ja Euroopa Inimõiguste Kohtus. Kolmandas peatükis analüüsitakse Eestis kehtivat seadusandlust eutanaasia teostamiseks ning neljandas tehakse ettepanekuid eutanaasia seadustamiseks.

Käesolevas magistritöös on kasutatud andmekogumis- ja andmetöötlusmeetodeid, mille tulemusel on kogutud lähteandmed läbitöötatud ja süstematiseeritud ning antud edasi töö kõigis osades. Sisult on kasutatud ajaloolist, kronoloogilist, süsteemset, analüütilist ja võrdlevat uurimismeetodit. Magistritöö aluseks olevate allikate osas on teostatud uurimus kombineeritud meetodil, mille tulemused on kirjapandud kasutades kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid meetodeid.

1. EUTANAASIA

1.1 Olemus, mõiste ja liigitus

Peamiseks põhjuseks, miks eutanaasia seadustada, peetakse meditsiini arengut, mis järjest enam võimaldab hoida elus inimesi, kellel reaalne võimalus täisväärtuslikku elu elada puudub. Seeläbi pikendatakse aga ainult inimese piinasid ning suremisperioodi, ja seeläbi rikutakse eutanaasiapoolajate arvates isiku õigusi. Samas, tänapäeval on inimesed teadlikumad enda ja riigi õigustest ja kohustustest, mistõttu nõutakse nende austamist üha enam nii teistelt kui ka riigilt.

Eutanaasia mõiste defineerimine on oma olemuselt väga oluline, kuna tähenduse mitmeti mõistmine võib viia ekslikele ja valedele arusaamadele eutanaasia olemusest ja sisust. Samas on universaalse eutanaasia mõiste defineerimine praktiliselt võimatu, kuna silmas tuleb pidada mitmeid elemente, kuid eelkõige lingvistilisi omapärasid, sest väärade definitsiooni taha oleks võimalik varjuda kuriteoga. Mõiste loomisel on oluline arvestada kõigi määravate aspektidega ning peamiseks eesmärgiks vältida kahemõttelist tähendust. Meditsiiniõiguses on eutanaasiat defineeritud järgmiselt:

- Eutanaasia on kaastundest põhjustatud tahtlik tegu, elu lühendamine ravimatute valude või vaevuste olemasolul ja surma suhtelises läheduses (nn terminaalses seisundis)¹.
- Eutanaasia on surija abistamine suremisel, mitte suremiseks (saksa keeles *beim Sterben, nicht zum Sterben*)².
- Kreeka keelest tuletatud on tegemist hea surmaga: *eu* (hea), *thanatos* (surm)³.

Autori hinnangul annab eutanaasia mõtet paremini edasi saksakeelne väljend – *beim Sterben, nicht zum Sterben* – kuna eutanaasia on oma olemuselt teise isiku aitamine piinarikka surma vältimiseks.

Selleks, et vältida definitsioonilisi eelarvamusi, peaks neutraalne definitsioon olema omaksvõetav ning muuhulgas olema piiritletud erinevad eutanaasia liigid. Kuid, nagu eutanaasia mõiste selgitus, on oluline ka eutanaasia liigitamine. Isegi, kui lähtuda ühtsest eutanaasia mõisteseletusest, tuleb vahet teha eutanaasia eritüüpidel, kuna nende sisu ja mõte ei ole võrdne eutanaasia mõistega, ning nende võrdsustamine on rangelt keelatud.

¹ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura 2007, lk 194.

² *Ibid.*

³ K. Amarasekara, M. Bagaric. Euthanasia, Moral and Law. New York: P. Lang 2002, lk 1-6. [Edaspidi: K. Amarasekara *et al.* Euthanasia...]

1.1.1. Aktiivne eutanaasia

Aktiivne eutanaasia viitab otseselt (arsti poolt) teostatavale teole (nagu surmava doosi süstimine), mille eesmärgiks on terminaales seisundis olev patsient surmata, kuna patsiendil puudub võimalus enesetappu sooritada (näiteks tulenevalt halvatusesest). Aktiivse eutanaasia teostamiseks peab olema täie mõistuse juures olev patsient esitanud selgesõnalise tahteavalduse suremiseks; tema seisund on meditsiiniliselt lootusetu/ terminaalne ning puudub lootus meditsiinilise seisundi parandamiseks. Oluline on märkida, et arst ei ole kohustatud patsiendi soovi täitma, kuna patsiendi surmamine ei ole arsti kohustus. Võiks arvata, et aktiivse eutanaasia teostamine muudab meditsiinitöötajad (arstid) brutaalsemaks, kuna viiksid läbi seaduslikku tapmist, kuid aktiivse eutanaasia sooritamisel tuleb arstidel täita eeltingimused ja kohustused, mille täitmata jätmisel võidakse arst vastutusele võtta. Samuti ei ole eutanaasia teostamise osas otsustusõigust vaid arstil, vaid enne teo sooritamist, tuleb arstil veenduda patsiendi/ tema lähedaste tegelikust tahtest. Aktiivse eutanaasia puhul on arst üheks osaks eutanaasia teostamise protsessist.

1.1.2. Passiivne eutanaasia

Passiivset eutanaasiat saab liigitada soovituks (vabatahtlikuks) ja soovimatuks. Esimese puhul on tegu patsiendi soovil ravist keeldumisega või alustatud ravi lõpetamisega, mis on iga isiku enda otsustada. Vastava otsuse tegemisel peab aga patsient olema teadvusel, omama täielikku teavet enda seisundi kohta ning otsuse langetamisel ei tohi isik olla mõjutatud, vaid jõudma selleni isiklikult ehk sisuliselt tapab patsient end oma otsuse alusel ise. Arstil on kohustus järgida patsiendi soove, kuid õigus jätkata valude leevendamist.

Soovimatu passiivse eutanaasia korral puudub arstil patsiendi tahteavaldus tema elu lõpetamiseks ning arst teostab seda enda hinnangu alusel ja kaalutlusel. Soovimatu passiivse eutanaasia korral saabub patsiendi seisundit arvestades surm ka siis, kui arst ravi ei katkesta, mistõttu on ravi jätkamine mõttetu ning seeläbi pikendaks vaid patsiendi agooniat. Otsuse langetamisel tuleb arstil lähtuda patsiendi meditsiinilisest seisundist, tema võimalikust tahtest ning kui võimalik, tuleb arstil selgitada välja lähedaste, hooldajate arvamused. Kui puudub võimalus saada lähedalseisvate isikute hinnanguid, peab arst tegema iseseisva otsuse, arvestades patsiendi seisundit ja tema oletatavat tahet, ning langetama lõpliku otsuse.

1.1.3. Assisteeritud enesetapp

Assisteeritud enesetapp sooritatakse patisendi poolt, kuid selleks vajalikud vahendid tagab arst. Samuti viibib arst enesetapu sooritamise juures, et olla valmis vajadusel sekkuma protseduuri, kui midagi peaks valesti minema. Seega aitab arst patsiendil enda elu võtta. Tulemuse mõttes on assisteeritud enesetapp võrreldav aktiivse eutanaasiaga. Põhiline erinevus seisneb selles, kes sooritab surmaga lõppeva teo – aktiivse eutanaasia puhul süstib arst ravimi, mille tagajärjel patsient sureb; assisteeritud enesetapu korral tagab arst vastava ravimi (tabletid või vedeliku) olemasolu patsiendile, kes manustab selle iseseisvalt⁴. Assisteeritud enesetapu täideviijaks on patsient ise, kuid see on võimalik vaid kõrvalise abiga. Nagu ka aktiivse eutanaasia puhul, on assisteeritud enesetapu teostamiseks vajalik patsiendi tahteavaldus, kuid assisteeritud enesetapu korral on võimalik uskuda isiku reaalsel soovi surra sellisel viisil, ajal ja moel, sest isik peab enda elu ise lõpetama.

1.2. Üldised õiguslikud seisukohad

Tavaõiguse riikides ja Ameerika Ühendriikides on eutanaasia õiguslik staatus selge - eutanaasia hõlmab endas isiku tahtlikku tapmist. Ei ole ühtegi seaduslikku õigustust sellise teo kaitseks, nagu on enesekaitse või provokatsioon. „Kui tegude motiiviks on tappa ükskõik millisel eesmärgil, siis ei ole vahet, kas isiku elu vähendatakse nädalate/kuude ulatuses, vaid see on samaväärne mõrvaga.“⁵ Patsiendi nõusolek ei õigusta tõsise vigastuse või surma põhjustamist.

Austraalia Põhjaterriitoriumi puhul oli seadusest tulenevalt patsiendi elu lõpetamine lubatud siis, kui tema tahe oli vabatahtlik, olukord oli lootusetu ja patsiendil aidati surra peale põhjalikku otsustamist ning seda tehti kõige inimlikumal moel. Seadus lubas teostada aktiivset eutanaasiat arstidel ja assisteeritud enesetappu terminaalsetel haigetel patsientidel. Seadusega keelati isiku tahtlik tapmine, aga lubati elupikendava ravi tagasivõtmine ja leevendava hoole lõpetamine. See õigustas patsienti määrama endale volitatud isiku, kellele anti õigus otsustada ravi tagasivõtmise üle. Austraalia Põhjaterriitoriumil oli eutanaasia

⁴ Regional Euthanasia Review Committees. Annual report 2010. - Arvutivõrgus: [http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/JV%20RTE%202010%20ENGELS%20\(EU12.01\)_tcm52-30364.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/JV%20RTE%202010%20ENGELS%20(EU12.01)_tcm52-30364.pdf) (01.05.2013).

⁵ K. Amarasekara *et al.* Euthanasia... lk 12.

seaduslik ligi kaks aastat 1990ndate keskel⁶.

Mandri-Euroopa õigussüsteemis aga õiguslikud seisukohad eutanaasia osas varieeruvad riigiti. Kui üldiselt leitakse, et isiku elu võtmisel on tegu tapmisega, siis teatud riigid on loonud erandeid, mis lubavad arstil teostada aktiivset eutanaasiat või assisteeritud enesetappu, nagu Holland, Belgia, Luksemburg ja Šveits jt.

1.2.1. Vastuolulised õigused

Ronald Dworkin'i, juhtiv kaasaegse õiguse teoreetik ja eutanaasia toetaja, teooriad põhinevad pigem sellel, mis on õiguste teooriates valesti. Tingimused, kus õigus saab olla piiratud või tingimuslik, võib esineda kolmes situatsioonis: esiteks, peab seadusandja näitama, et isikute väärtused on kaitstud ega ole ohus või nõrgestatud vormis. Teiseks, õiguste võimalus üksteist hõlmata. Kolmandaks, õigused on niivõrd defineeritud, et hakkavad töötama üksteise vastu. Dworkin'i põhimõtteks on, et õigused on ülesõidetavad, kui selleks tekib vajadus. Tema sõnul saaks need seadusandja kaudu ka vajalikkust järgides ümber sõnastada. „Õigust surutakse nii kaua peale, kuni see ei pörka kokku mõne teise õigusega.“⁷

Õigus elule ja autonoomiale ei ole niivõrd üheselt mõistetavad ja põhjanevad õigused, mis kätkeks endas ka eutanaasia puhul moraalsete küsimuste lahendusi. Õigus elule ja autonoomiale ei ole täiuslikud. See tuleneb asjaolust, et ükski õigus ei ole tasemeliselt määratletud ning teistest üle. Ühelt poolt võib öelda, et teise inimese elu võtmine on väär, samas tehes seda isiku nõusolekul, on arvestatud isiku väärikusega. Dworkin on seisukohal, et isegi kui väärikus, mis muudab elu väärtusetuks, on põhjuseks, miks peaks eutanaasia olema lubatud. Ta leiab, et tõeline väärikuse hindamine nõuab austust indiviidi vabaduse vastu ning oskust hinnata tema enda moraalseid otsuseid, kuna vabadus on oluline eneseaustuse osa ja seetõttu peaks olema eutanaasia võimaldatud.⁸ Kui õigused ei konkureeriks, oleks võimalik lahendada eutanaasiaga kaasnevad vastuolud.

⁶ Euthanasia Laws Act 1997. - Arvutivõrgus: <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2004A05118> (01.05.2013).

⁷ R. M. Dworkin. Taking Rights Seriously. Ameerika Ühendriigid: Harvard University Press 1977, lk 200.

⁸ R. M. Dworkin. Life's dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom. New York: Alfred A. Knopf 1993, lk 239.

1.2.2. Autonomoomia argument

John Stuart Mill on seisukohal, et ei ole õigustatud piirata kellegi vabadust isiku enda heaks ehk vabadusest tulenevad piirangud saavad olla õigustatud ainult teise isiku kaitse eesmärgil. Mill'i teooria toetab *prima facie* eutanaasias patsiendi informeerimist ja arsti kaasamist. Eutanaasia toetajad väidavad, et eutanaasia seadustamine lubab patsientidel valida aja ja viisi suremiseks, ning selle kaudu tagatakse õigus autonomoomiale.⁹

Eeldatakse, et õigus surra on kui autonomoomne õigus valida aeg ja viis kuidas surra, ning sellele tuginemine annab piisava aluse eutanaasia seadustamiseks. Eutanaasia puhul minnakse edasi isiku individuaalsetest soovidest - kaasatakse teine isik elu lõpetamiseks, et vastata isiku soovile surra, ning et välistada karistusõiguslikud tagajärjed. See on aga oluliselt erinev sellest, mida peetakse silmas personaalse autonomoomia all. Õigus võtta isiku elu tema nõudmisel ei ole kunagi olnud eetiliselt või õiguslikult lubatud. Selle eelduseks on õiguste pörkumine, mille korral tuleb valida, kas kaitsta inimese õigust elule või mitte. Luues õiguse võtta teise isiku elu tema soovil, tekib ka konflikt ning pööratakse ümber kriminaalõiguse printsiip – inimelu, mis ei ohusta teise elu, on väärimatu ja kaitse kõigi süütute elude eest on vajalik.

Autonomoomia viitab ühe nõudmisele saada milleks tal õigus on. Kompetentne, end määrav soov ei saa olla kunagi tagasi lükatud ning nõue eutanaasiaks oleks õigustatud iga põhjenduse või selle puudumiseta, igale isikule (terve või mitte), igal ajal. Kuna üldine heaolu on kõigi jaoks, mitte üksikisikule, peavad ettepanekud eutanaasia seadustamiseks sisaldama vähemalt mingimääral katset leida tasakaal individuaalsel valikul ja ühiskonna heakorra, sotsiaalse harmoonia ning haavatavate isikute kaitse vahel. Sellise tasakaalu leidmine on nõutav ühiskonnas, mis väärtustab kõrgelt isikut ja tema autonomoomiat, aga tasakaalu leidmine on frustreeriv kui puudub kokkuleppeline mõistmine autonomoomia osas. Arvestades, et eutanaasiaga on seotud vähemalt kaks isikut, peavad nad mõlemad tegema autonomoomse otsuse, kuid ainult patsiendi autonomoomiat hinnatakse eraldi. Arst on eraldi moraaliagent, kuid tema otsust ei hinnata autonomoomia seisukohalt. Arsti autonomoomia on alati rohkem määravam kui patsiendi oma, kuna eutanaasia ei saa toimuda ilma nõustuva arstiga. Hoolimatus sisaldab kahte olulist probleemi: esiteks – vahendit, mille alusel otsuseni jõutakse ning teiseks – suurt erinevust arsti ja piinleva patsiendi ning nende võimalustest langetada autonomoomne,

⁹ J. Rawls. A Theory of Justice. Oxford: Clarendon Press 1972, lk 30-31.

vabatahtlik otsus. Arst ei võta isiku elu niisama lihtsalt, kui talt eutanaasiat küsitakse, sest arst peab lähtuma elu kaitsmise printsiibist. Selleks, et arst tegutseks oma pädevuse piirides, on loodud vastav kontrollsüsteem, mis reguleerib arsti otsuse langetamist ning seab kriteeriumid, mida tuleb järgida. Samuti on loodud järelevalve süsteem, mis ühelt poolt sunnib arsti reegleid täitma ning teisalt teostatakse vajadusel reegleid rikkunu suhtes järelevalvet. Eelkõige peab aga arst hindama patsiendi olukorda, looma tervikpildi tema meditsiinilisest minevikust ja võimalikust tulevikust.

Eutanaasia teostamiseks loodud süsteemi tõhusamaks toimimiseks tuleb arstil võtta teise arsti sõltumatu hinnang, arvestades, et kõik ei pruugi olla üheselt selge. Patsient olles haige ning piinades, langetab paratamatult oma otsuseid subjektiivselt ehk lähtuvalt enesetundest, hirmudest, valudest, masendusest. Seeläbi jõutakse aga tihtipeale väärale järeldusele, soovini surra, ning arstil tuleb patsiendile selgitada tema tegelikku olukorda ja paranemise võimalusi, millega antakse patsiendile võimalus oma soovist loobuda. Patsiendile peab olema tagatud võimalus taganeda esitatud tahteavaldusest. Aktsepteerida patsiendi soovi surra ilma hindamata tema seisundit adekvaatselt, oleks patsiendi hülgamine ning tema haavatavusest kasu võtmine ja isiku autonoomiat rikkuv. Arst peab olema ratsionaalselt võimeline otsust langetama, olema valmis üksikasjalikult olukorda vaatlama ning valmis võtma moraalse ja õigusliku vastutuse patsiendi elu eest. Taolise vastutuse võtmist on valmis vastu võtma vaid vähesed. Ning peamiseks põhjuseks, miks eutanaasiat ei seadustata, peetaksegi arstide mitte valmisolekut vastutust mitte võtte.

1.2.3. Majanduslikud kaalutlused

Majanduslikud järeldused ei mängi eutanaasia debatis märkimisväärset rolli. Raha, mida säästetakse läbi eutanaasia võrreldes inimeste elushoidmisega, on praktiliselt tühine. Lisaks patsiendile on ka arstid eutanaasia läbiviimise agendiks, kuigi nende huvid ei ole olnud eutanaasia seadustamise debatis kesksed. Arstid on läbi aegade soodustanud eutanaasia seadustamist osaledes selle läbiviimisel ja muude seonduvate tingimuste loomisel.

Majanduslike kaalutluste arvestamine on õigussüsteemipõhine. Näiteks Ameerika Ühendriikides kasutusel oleva tervishoiusüsteemi alusel on paljuski inimeste eesmärgiks saada võimalikult suurt kasu makstud raha eest. Tervisekindlustuse tingimusi ja teenust pakub erasektor, riikliku tervisekindlustuse süsteemi osas hakkab seadus kehtima alates 2014.

aastast.¹⁰ Tervishoiureformiga ei kaotatud erasektori rolli tervishoiusüsteemist, kuid mis tõstab oluliselt riigi rolli. Hollandi viimase reformi käigus loodi kohustuslik tervisekindlustus, mis katab ühtlasi ka eutanaasiaga seonduvad kulud.¹¹

Kui on teada, et inimene on surmavalt haige ning ainus võimalus on vähendada tema piinasid, tähendab see omakorda suuri kulutusi. Oleks absurdne öelda, et alati tuleb teha kõikvõimalik elu pikendamiseks, austamata patsiendi enda soove. Samas joones nõustati ka Austraalia Põhjaterritooriumi eutanaasia komiteed, kus 50% tervisesüsteemi rahast kulus nende patsientide elushoidmiseks, kes surid 12 kuu jooksul, samal ajal aga mujal riigis puudus osades kohtades vajalik veevarustus ning viieaastastel lastel esinesid probleemid neerukividega. Tänapäeval ei ole probleem veel haripunktis, kuid lootusetult haigete arv tõuseb koos arengutega meditsiinis ja tehnoloogias ning võib juhtuda, et ühiskonna ressursi arvelt on eesmärgitu inimelu pikendamine varsti võimatu. Selliselt mõeldes ja käitudes määratakse elule hind, mis on aga väär, sest elu on hindamatu.¹²

Teisalt ollakse seisukohal, et leevendavat ravi tuleb üha enam rahastada, kuna on ainuke viis surmavalt haigete valude leevendamiseks. Eutanaasia seadustamisega tekitatakse juurde alternatiiv valu vähendamiseks ning langeks siiani oluliseks peetud leevendava hoole tähtsus. Mida vähem on raha leevendava hoole jaoks, seda rohkem inimesi sureb valudes ja see loob survestatumaks eesmärgiks kohese valu vähendamise. Leevendatav valu kvantiteet läbi eutanaasia seadustamise ja nõustumine sureva isiku soovidega, on ilmselt ületähtsustatud piinade tõttu, mis jäävad püsima enamuse surmavalt haigete seas, kuid kes ei soovi eutanaasiat, aga kellel puudub ka juurdepääs sobivale leevendavale ravile. Näiteks viidi Hollandis läbi uuring, mille tulemusel saadi teada, et eutanaasia seadustamisel hoitakse kokku 0,7% kogu tervishoiule kuluvast rahast ehk miljoneid dollareid.¹³

¹⁰ USA Health Government. The Affordable Care Act Becomes Law. – Arvutivõrgus: <http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html> (01.05.2013).

¹¹ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 16.

¹² Amarasekara, Kumar *et al.* Euthanasia... lk. 38.

¹³ *Ibid.*

1.2.4. Arsti huvid ja õigus surra

Arstide roll eutanaasia seadustamise hetkedel on olnud suur, kuid vaid eelkõige Holland on arstide seisukohtadega arvestanud. Arstide huvid ja hoiakud ei peaks olema ületähtsustatud eutanaasia vaidluses, sest eutanaasia moraalne staatus ei ole oluliselt seotud arstide tahtega administreerida surmavat süsti või nende üldise hoiakuga praktikas. Eutanaasia on patsiendi huvidest ja ühiskonnast üldiselt lähtuv. Eelnevaga ei üritata aga vähendada arstide rolli eutanaasia debatis. Arstide teadmised, mis kogutakse praktika kaudu, on väärtuslik teave. Eutanaasia mõistest tuletatuna on näha, et keskseks agendiks on patsient. Seetõttu mängivad patsiendi huvid eutanaasia debatis tähtsamat rolli, aga need ei ole ülimuslikud, vaid nendega tuleb arvestada samaväärselt nagu kõigi teiste argumentidega. Eutanaasia ja arstide vaheline seos on vaevu kaasnev ja tingimuslik. Kuna süsti tegemiseks ei pea arstilt nõutav kogemuste pagas olema väga suur, siis on lihtne koolitada ka teisi eutanaasiat läbi viima.

Kuid kas arstil tekib kohustus tappa või mitte ning kas patsiendil peaks eksisteerima õigus surra? Arsti huvi tagamise alustalaks on nende kohus leevendada valu ja piina. Selge on see, et arst ei ole kohustatud eutanaasiat läbi viima. Ollakse seisukohal, et kohustus leevendada valu ei too kaasa kohustust tappa ja see on kõrvaline teiste huvidega. Seda seisukohta on toetanud ka Holland. Arstil on õigus keelduda eutanaasia läbiviimisest. Seega ei saa öelda, et eutanaasia oleks tavameditsiini osa.¹⁴ Loane Skene on öelnud, „Õigus surra ei saa olla survestatud. On mõeldamatu, et kohus kohustaks arsti tegema patsiendile surmavat süsti, või tasustaks ainult arsti, kes keeldub patsiendi soovi täitmisest.“¹⁵

Selleks, et teha vahet õigusel surra ja kohustusel tappa, tuleb välja selgitada mõiste „õigus“ sisu. On üheselt arusaadav, et õigused toovad endaga kaasa teatud kohustused. Samas kohustuse olemasolu ei too endaga kaasa alati õigusi. Eutanaasia vastased on seisukohal, et igal inimesel (eelkõige arstil) peab olema vabadus otsustada enda eest, ning otsus peab olema langetatud moraalselt õigel viisil. Arsti esmaseks kohustuseks on tegutseda lähtudes patsiendi parimatest huvidest. Kui arst keeldub välja kirjutamast saadaolevat ja taskukohast ravi leevendamaks patsiendi valu, rikub ta talle pandud kohustust. Eutanaasia puhul jäävad arsti isiklikud arvamused ja vaated asjakohatuks.

¹⁴ D. C. Thomasma, T. Kimbrough Kushner, G. L. Kimsma, C. Ciesielski-Carlucci. Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia. Netherlands: Springer 1998, lk 35, 64-65.

¹⁵ L. Skene. Law and Medical Practice: Rights, Duties, Claims and Defences. Sydney: Butterworths 1998, lk 233-234.

Tuleb silmas pidada, et eutanaasia on normatiivne, mitte emotsionaalne või kujutav probleem ning puudub alus arvata, et arstidel on kõrgemal tasemel moraaltunne kui teiste inimestel või ühiskonnal üldiselt. Seega ei tohiks tähelepanuta jätta ühiskonna arvamust, mis puudutab moraalseid küsimusi, vaid neid vaateid ei tohiks ka ülehinnata. Arstide põhipanuseks eutanaasia debatis on oma mõtete ja arvamuste; vajaduste ja ennustuste väljatoomine, millega on silmitsi surmavalt haiget patsiendid, sest nemad on ainsad, kes taoliste probleemidega igapäevaselt kokku puutuvad. Ükski ametnik ega teoreetik ei oma taolist teadmiste pagasit kui arstid meditsiiniliste hinnangute andmisel.

Eutanaasia vastased on seisukohal, et luba tappa muudab arstide silmis inimelu väärtusetuks ehk kahjustab oluliselt arsti-patsiendi suhet. Kui arstidel on lubatud tappa või aidata tappa, omandavad nad täiendava rolli, mis on võõras traditsioonilisele meditsiinile. Inimesed mõistavad fakti, et isiku või institutsiooni võimuses on reageerida ebatavalistes olukordades ja juhtudel, kuid see ei tähenda alati laialdast võimu kuritarvitamist. Näiteks ei ole siiani olnud mõjutatud veterinaaride tegevus mõnd surevat looma uinutades või politsei poolt pangaröövli tabamiseks (tulistades) viinud kummagi tegevusala vähem kasutamisele. Inimesed käivad sellest hoolimata loomadega veterinaari juures ning inimesed pöörduvad jätkuvalt abi saamiseks politsei poole. Eutanaasia seadustamisel ei muutuks arsti-patsiendisuhe, kuna inimesed ei pöördu arsti poole ainult eutanaasia läbiviimise sooviga, vaid pigem traditsioonilisemate murede ja haigustega.

Lähtuvalt eeltoodust ei ole eutanaasia olulisel määral seotud arstide või nende huvide ja soovidega, pigem patsiendi ja laiemalt ühiskonnaga. Tegemist on sotsiaalse ühiskonnaelu puudutava küsimusega. Samas ei tähenda see, et arstid ei mängiks eutanaasia seadustamisel ja debatis mingisugust rolli. Selge on see, et arstidel ei ole võimalik anda eutanaasia seadustamise osas õiguslikku hinnangut, kuna on sellega lähedalt seotud, kuid ei välista õigust avaldada arvamust. Sest arstid suudavad näha ette võimalikke vastuolusid, mida tuleks seaduse loomisel koheselt reguleerida.

1.2.5. Õigustest loobumise võimalikkus

Kõigil inimestel on õigus elada, kuid kas sellest õigusest oleks võimalik loobuda. Kui jah, siis ei ole võimalik keelata ka eutanaasiat ning tekib õigus surmale. Kõikidest õigustest ei ole aga võimalik loobuda, sest on neid, mis jäävad igavaseks. Suurbritannia õiguslik seisukoht on, et ohvri nõusolek ei muuda seaduslikuks ühtegi tegu, mis on teostatud tahtlusega põhjustada või

mis võib tõenäoliselt põhjustada reaalseid kehavigastusi.¹⁶ Nõusolek ei ole antud juhul kaitse. Euroopa Inimõiguste Kohus (EIK) on märkinud, et vajadus kaitsta tervist ei ületa sissetungi süüdistatavate eraellu. Isegi, kui nõusolek on isikliku vigastuse kaitseks (nt operatsioon), on see kehtiv ainult kindlates olukordades. Kui õigusest elule on võimalik loobuda, ei õigusta see koheaselt aga eutanaasiat.¹⁷ EIK leidis *Pretty*¹⁸ kohtuasjas, et õigus elule ei saa olla tõlgendatud vastandõigusena, s.o õigusena surra. Samuti konstateeris kohus, et õigustest ei ole võimalik loobuda. Õigusest elule ei saa kujundada õigust eneseloõpetamisele ehk panna inimest olukorda, kus on võimalik valida elu ja surma vahel.

Paljudest võimalikest negatiivsetest tagajärgedest, mis kaasnevad eutanaasiaga, on selgitatavad *slippery slope* või ohtliku pretsedendi argumendi kaudu. Antud argumenti on tihti võetud abiks seoses tegudega, mis on õigustatud, kuid mis omavad sarnasusi pahaks pandava praktikaga, ning soovib tungivalt, et moraalselt hinnatavate tegude puhul ei peaks arvesse võtma ainult loomupäraseid osiseid, vaid ka tõenäosust, et neid kuritarvitatakse.¹⁹

Slippery slope argumendil on kaks külge: loogiline ja empiiriline. Eutanaasia puhul on õigustatud empiiriline analüüs ja hinnangu andmine, kuna loogiliselt ei ole võimalik tõestada, et isiku tapmine võiks olla vajalik valu vähendamiseks või autonoomia teostamise seisukohast. Loogiliselt on teiselt isikult eluvõtmine tapmine/mõrv vastavalt kehtivale karistusseadusele. *Slippery slope* argumendi parimateks näideteks on riigid, kus eutanaasia on seadustatud. Saksamaa (perioodil 1933-1945) näitel aga selgub, et aktiivne eutanaasia võib viia barbaarsete tegudeni, nagu vaimuhaiglates patsientide tapmine. Kuigi hävitamispoliitika ei kasvanud välja vabatahtlikust eutanaasiast, on seda raske mõista.²⁰ Tollased teguviisid põhjustasid mitte *slippery slope* ega muu väärastumine, vaid rassitlikud ja elitaristlikud ideoloogiad, mis olid juurdunud juba algusest.²¹

Margaret Otlowski on seisukohal, et surma esilekutsumise praktiseerimine ilma selgesõnalise

¹⁶ K. Amarasekara *et al.* Euthanasia... lk 59-62.

¹⁷ EIKo 19.02.1997, 21627/93; 21628/93; 21974/93, *Laskey, Jaggard and Brown vs. The United Kingdom*.

¹⁸ *Pretty v Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department*, 29.11.2001. – Arvutivõrgus: <http://www.bailii.org/cgi-bin/markup.cgi?doc=/uk/cases/UKHL/2001/61.html&query=pretty&method=all> (01.05.2013).

¹⁹ F. M. Cornford. *The Microcosmographia Academica*. Cambridge: Bowes & Bowes Publishers Ltd 1908, lk 23.

²⁰ J. Glover. *Causing Deaths and Saving Lives*. Harmondsworth: Penguin 1977, lk 186.

²¹ J. Rachels. *The End of Life: Euthanasia and morality*. Oxford: Oxford University Press 1986, lk 178.

tahteavalduseta, oli rohkem levinud Austraalias kui Hollandis, kus praktika oli poolseaduslik ja reguleerimata.²² Veel selgesõnalisemal seisukohal oli Vabatahtliku Eutanaasia Victoria Ühiskond, kuna tulemused Kuhse-Singer'i uurimusest õõnestavad nn *slippery slope* argumenti, mis ennustab, et vabatahtliku eutanaasia lubamisel, avalikul praktiseerimisel muutub üha tõenäolisemaks, et arstid lõpetavad patsientide elusid ilma nende nõusolekuta.

Uuringus väljatoodud hirmu, et eutanaasiat kasutatakse ära, vähendaks selle seadustamine, millega minimeeritakse negatiivset praktikat. Uuringud näitasid, et kõige olulisem kaalutlus hirmutamise juures ei ole karistus, vaid pigem ebakindla tõenäosuse tajumine. Kuhse-Singer'i kohaselt ei oma tähtsust, kas eutanaasia on seadustatud või mitte, sest mittevabatahtlikud eutanaasiaid viiakse olenemata sellest läbi. Uskumus, et eutanaasia peaks olema lubatud surmavalt haigetele, on selgitatud inimeste näitel, kelle elud ei oleks sama tähtsad kui teiste omad. Seetõttu tuleks luua justkui süsteem, mille alusel oleks võimalik hinnata inimeste väärtust. Kuid nagu varem mainitud, on inimeste hinna määramine väär, kuna kõik inimesed on võrdsed vastavalt võrdõiguslikkuse printsiibile.

1.2.6. Kaastunde, diskrimineerimise ja võrdõiguslikkuse printsiibid

Hindamaks kaastunde, diskrimineerimise ja võrdõiguslikkuse argumentide survestatust, on oluline kontrollida lähemalt nimetatute loomust. Võrdõiguslikkus ja mittediskrimineerimine on kasutusel kui sünonüümid, nad on universaalsed kontseptsioonid. Euroopa Ühenduse seaduses väljatoodud võrdõiguslikkuse printsiip tingib võrdse kohtlemise igas olukorras. Diskrimineerimine on inimeste kohtlemine eranditega ja erinevalt, kui nad on sarnased oluliste aspektide poolest või on koheldud sarnaselt, kuid olulised asjaolud erinevad. Diskrimineerimine on defineeritud ÜRO inimõiguste komitee Inimõiguste ülddeklaratsiooni artiklis 7²³. Sarnaselt on võrdne kohtlemine väljatoodud ka Euroopa õiguses täpsemalt Amsterdami lepingus²⁴.

Eutanaasia seadustamine võib tõenäoliselt tõsta patsiendi manipuleerimise võimalust isekate sugulaste poolt. Samas ei ole selge, kas korrektselt väljatöötatud ja kaitsvad seadused

²² M. Otlowski. *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford: Clarendon Press 1997, lk 437.

²³ Inimõiguste ülddeklaratsioon. – Arvutivõrgus:

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/est.pdf (01.05.2013).

²⁴ Amsterdami leping, millega muudetakse Euroopa Liidu lepingut, Euroopa Ühenduste asutamislepingut ja teatavaid nendega seotud akte. - RT II, 12.03.2004, 3, 8.

suudavad vähendada manipuleerimise võimalust. Üldiselt on seadused tõestanud oma eesmärgi, tagades vajalikud kaitsemehhanismid erinevate huvide ja õiguste kaitseks. Kuid terminaalses seisundis olevad patsiendid on tavaliselt oma elu kõige madalamas punktis. Selline nõrkus ja haavatavus teevad nad altiks manipuleerimisele ja selle kuritarvitamisele lähedaste poolt, kes võivad tahtlikult soovida nende surma või lõpetada väga raske aja kõigi jaoks. Patsient suunatakse mõttele, et tema elu ei ole midagi väärt.²⁵ Kui patsient tunnetab arsti valmisolekut teda tappa, siis mõjub see isikule negatiivselt.²⁶ See ei kahjustaks mitte ainult arsti-patsiendi suhet, vaid põhjustaks patsiendile ka täiendavat survet. Arst looks patsiendile keskkonna, kus viimane tunneb end tüütusena ega ole teiste jaoks tähtis.²⁷ Eelnevast tulenevalt on võimalusest saanud ootus ning see omakorda kohustuseks, nagu on tuvastatud ka Hollandis.²⁸

Kaastunne on üks veenvamaid argumente vabatahtliku eutanaasia vaidluses. Intellektuaalselt kahjustatu ei pruugi täielikult ümbritsevat aduda ega mõista. Mõni võib olla rohkem tundlikum valu suhtes või teadlikum enda konditsioonist kui täiskasvanu, kuid samas võib olla intellektuaalselt kahjustatud. Seaduse ja fakti kohaselt sellised inimesed ei saa valida kiirendatud surma. Siiski on põhjendamatu, et osad peaksid piinlema ja kannatama valudes, samal ajal kui kompetentsel patsiendil on õiguslikult tagatud võimalus olla piinast vabastatud ja surra eutanaasia läbi. Kui eutanaasia on kord seadustatud kompetentsetele patsientidele, on tõenäoline, et seda survestatakse tegema ka ebakompetentsetele. Eutanaasia kättesaadavaks tegemisel on kaastunde ja võrdõiguslikkuse argumendid eranditult suunatud heastamaks halba situatsiooni ebakompetentsete jaoks. Kiirendatud elulõpetamise väärtus, kui ravimatu valu ja haiguse lõpetamine, on kõrgem, kui see on võimaldatud kõigile.

Diskrimineerimine saab olla otsene ja kaudne. Otsene diskrimineerimine esineb siis, kui seadus või poliitika kohaldub ainult kindlale grupile ning kaudne siis, kui seadus või poliitika on oma näolt neutraalne, kuid selle sisu jätab välja grupid, kes peaks kindlaid eeliseid nautima või nende suhtes on kehtestatud halvemad tingimused. Mõistuslikkus ja teadlikkus on tingimused, mida eeldatakse nii vabatahtliku eutanaasia soovijalt k. Isegi, kui norm, mis

²⁵ P. K. Longmore. Elizabeth Bouvia, Assisted Suicide and Social Prejudice. - Issues on Law and Medicine 1987, 3(2):Fall.

²⁶ British Medical Association. Euthanasia Report of the Working Party to Review the British Medical Association's Guidance on Euthanasia. May 1988, London, lk 238.

²⁷ B. J. Pollard. The Challenge of Euthanasia. Crows Nest: Little Hills Press 1994, lk 121.

²⁸ *Ibid.*

seadustab vabatahtliku eutanaasia, tundub olevalt *prima facie* neutraalne, siis mõjub see ebasoodsalt kindlale grupid, nagu surmavalt haigetele patsientidele, kellel ei ole võimalik valida vabatahtlikku eutanaasiat. Kui see mõjutus on ilma objektiivse õigustusega, võib olla tegemist kaudse diskrimineerimisega.

Diskrimineerimisega kaasnevad küsimused ka inimõiguste ja nende kaitsega. Juhul, kui eutanaasia on seadustatud kompetentsele patsiendile, siis puudub meetod ebakompetentse patsiendiga ümberkäimiseks. Ebakompetentsed on need, kellel jääb vajaka võimest teha teadlike ja mõistuslike otsuseid ning seetõttu ei saa esitada seadusliku taotlust eutanaasia läbiviimiseks. Seadusandjal on selles osas kaks võimalust: eutanaasia võimalikkuse ja patsiendi kompetentsuse üle otsustab kohus või vastav institutsioon või ei seata selleks mingeid tingimusi ega kontrollmehhanisme. See on oluline saavutamaks pariteetset seisundit kompetentse ja mittekompetentse patsiendi vahel ning vältimaks kompetentse patsiendi diskrimineerimist, lubades neid ainsana ligi eutanaasiale.

Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt²⁹ (ÜRO välisleping nr 18, jõustus 21.01.1992) artikkel 2 lõike 1 kohaselt kohustub paktist iga osavõttev riik austama ja tagama kõikidele tema territooriumil asuvatele ja tema jurisdiktsioonile alluvatele isikutele õigused, mida tunnustab käesolev pakt, tegemata mingit vahet rassi, nahavärvuse, soo, keele, usutunnistuse, poliitiliste või muude tõekspidamiste, rahvusliku või sotsiaalse päritolu, varandusliku seisundi, sünni või mõne muu asjaolu põhjal. Artikli 3 alusel kohustuvad kõik paktist osavõtavad riigid tagama meeste ja naistele võrdse õiguse kasutada kõiki käesolevas paktis ettenähtud kodaniku- ja poliitilisi õigusi. Artikli 26 kohaselt on kõik inimesed seaduse ees võrdsed ja neil on ilma igasuguse diskrimineerimiseta õigus seadusest tulenevale võrdsele kaitsele. Selles suhtes tuleb igasugune diskrimineerimine keelata seadusega ja seadus peab kõikidele isikutele garanteerima võrdse ja efektiivse kaitse igasuguse diskrimineerimise vastu, olgu see siis rassi, nahavärvuse, soo, keele, usutunnistuse, poliitiliste või muude tõekspidamiste, rahvusliku või sotsiaalse päritolu, varandusliku seisundi, sünni või muu asjaolu põhjal. Nimetatud artiklid vastavalt järjekorrale toovad välja isikute eristamise, võrdsete õiguste ja diskrimineerimise kohased normid. Eelnevalt väljatoodud artiklid on ületoodud Euroopa Liidu õigusest kehtivasse Eesti Põhiseaduse paragrahvidesse 10, 12, 28, 29.³⁰

²⁹ Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt. - RT II 1994, 10, 11.

³⁰ Eesti Vabariigi põhiseadus. - RT 1992, 26, 349... RT I, 27.04.2011, 2.

2. EUTANAASIA KOHTUPRAKTIKA VÄLISRIIKIDES JA REGULATSIOON HOLLANDIS

2.1. Kohtupraktika välisriikides

Kuna käesolevas töös käsitletakse peamiselt eutanaasia teostamist Hollandi näitel, tuuakse esmalt välja eutanaasiaga seonduv kohtupraktika Hollandis, kuid peatutakse ka asjakohasel praktilal Saksamaal ning Euroopa Inimõiguste Kohtus (EIK). Saksamaa kohtupraktikale tuginemine on tingitud asjaolust, et Eesti õigusloome aluseks on olnud Saksamaal kehtiv õigus. EIK praktika näitlikustab eutanaasia teostamise probleemistikku laiemalt, rahvusvahelisel tasandil, ning kirjeldab eutanaasiaga seonduvate inimõiguste võimalikku rikkumist.

2.1.1. Kohtupraktika Hollandis

Arvestades, et enne eutanaasia seadustamist Hollandis 2002.a. lähtuti vaid kohtupraktikast, tuuakse käesolevas osas välja olulisimad kaasused ning kohtu põhjendused. Järgnevad kaasused on Hollandi õiguse kujundamisel täitnud olulist rolli ning olnud ühtlasi aluseks seaduse loomisel.

2.1.1.1. *Postma* kaasus

Tegemist on esimese eutanaasia kaasusega 1973. aastast, mille osas kriminaalkohus³¹ pidi seisukoha kujundama ning pani alguse eutanaasiaga seotud aruteludele. Samal aastal loodi ka Hollandi vabatahtliku eutanaasiat toetav selts.

Antud juhul teostas arst, kes oli ühtlasi patsiendi tütar, eutanaasiat oma ema suhtes, süstides surmava koguse morfiini. Patsient oli kurt ja rääkimine oli samuti raskendatud, tema seisundist tulenevalt tuli teda siduda kinni toolile, et ta kukkudes endale viga ei teeks. Patsient oli mitmel korral palunud tütrele teostada eutanaasiat. Karistuseks määrati arstile ühenädalase tingimisi karistuse, üheaastase katseajaga. Kohtuasja kaastati ekspert (meditsiiniinspektor), kes tõi välja tingimused, milliste esinemisel oleks õigustatud arsti poolt patsiendi surmamine:

- Patsient on surmavalt haige;

³¹ Rechtbank Leeuwarden, Nederlandse Jurisprudentie 1973, No 183, 21.02.1973.

- Patsiendi leiab, et tema piinad (vaimsed või füüsilised) on kannatamatud;
- Patsient soovib enda surmamist;
- Teo viib täide arst;
- Patsient peab olema oma haiguse terminaalsetel tasemel.

Kohus nõustus kõigi, väljaarvatud viimase, tingimusega. Seega lõi kohus aluse arsti poolt eutanaasia teostamiseks teatud tingimustel, mida on täiendatud jooksvalt kohtupraktikaga kuni eutanaasia seadustamiseni 2002. aastal.

2.1.1.2. *Alkmaar/Schoonheim* kaasus

Patsient põdes ateroskleroosi ehk arterilubjastust, mis takistas tal süüa ja juua ning mille tõttu oli enne surma kaotanud ajutiselt teadvuse. Enne seda oli patsient avaldanud soovi eutanaasia teostamiseks, ning peale teadvusekaotusest taastumist, kordas oma soovi. Patsiendi perearst konsulteeris kolleegiga, kes kinnitas samuti, et tõenäosus, et patsiendi seisund paraneb, on ebatõenäoline. Arst teostas eutanaasia. Kriminaalkohus mõistis arsti süüdi paragrahvi 293 alusel, kuid karistust ei määratud, kuna kohus leidis, et arst oli arvestades patsiendi seisundit ja taht, ning sellest lähtuvalt tegutsenud vastavalt tingimustele ja võimalustele. Kuna kohtuotsus kaevata edasi, leidis apellatsioonikohus, et eutanaasiat puudutavad seisukohad ei olnud selgelt väljendatud, millest tulenevalt leiti, et arst oli tegutsenud sotsiaalselt aktsepteeritud viisil. Arst märkis, et käitus lähtuvalt konkureerivatest kohustustest, kuid kohus sellega ei nõustunud. Apellatsioonikohus otsustas, et kuigi patsiendi kannatused oli talumatud, ei olnud selge, kas arstil oli muid võimalusi kui surmata patsient. Vaatamata otsusele, ei määratud arstile karistust. Apellatsioonikohtu otsus kaevati samuti edasi, ning 1984. aastal otsustas Ülemkohus, et arstil oli õigus tugineda karistusseaduse §-le 40, konfliktsete õigused-kohustused. Kohus nõustus kaitsesega, arstil tõusetus konflikt patsiendi elushoidmise ning tema piinade vähendamise vahel. Kohus leidis, et arsti otsus taolises olukorras peab põhinema meditsiinilisel hinnangul, seisukohal, mis vastavad meditsiinieetika standardile. Antud juhul lahendas arsti konflikti ning mõista õigeks.³²

Schoonheim kaasuse puhul otsustas Ülemkohus anda õigusliku aluse arstil eutanaasiat teostada. Kaasusega pandi alus hoolsuskohustuste tingimustele. Kehtinud karistusseaduse § 40 kohaselt isik ei ole süüdi teos, kui selle on tinginud jõud, millele ei suudetud vastupanna. Antud sättele tugineti alates 1923. aastast ning seda oli võimalik teha kollisioonis olevate

³² Hoge Raad. *Nedlands Jurisprudentie* 1985, No 106, 27.11.1984.

kohustuste korral (nagu eutanaasia teostamine). Arstil on kohustus austada elu, samas on arstil ka leevendada patsiendi piinasid. Selliste konfliktsete kohustuste korral tuleb arstil valida objektiivselt õigustatud käitumisvorm, mis on meditsiiniliselt ja eetilisel korrektnel ning taoliselt käitudes, ei ole arst süüteos süüdi, nagu kohus ka leidis. Ülemkohtu 1985. aasta otsusega lubati seega arsti poolt patsiendi surmamine läbi eutanaasia, kuid otsuses rõhutati, et patsiendi seisund pidi olema halvenev ning inimväärikust oluliselt vähendav ning õigustatud surema väärikal viisil.

2.1.1.3. Brongersma kaasus

Brongersma kaasuse puhul 2003. aastal kinnitas Ülemkohus vast jõustunud seaduse (2002) mõtet – eutanaasiat on võimalik teostada vaid terminaalset haige isiku suhtes. Veel enne eutanaasia seadustamist, 22. aprillil 1998.a., assisteeris perearst oma patsienti enesetapu. Patsiendiks oli endine senaator Brongersma, 86-aastane, kes oli elanud väga aktiivset sotsiaalset elu ja tegelenud igapäevaselt poliitikaga. Kuid viimastel aastatel oli tema füüsiline seisund hakanud halvenema ning muuhulgas oli tal probleeme uriinipidamatuse ja tasakaaluga. Selle tagajärjel eemaldus ekssenaator sotsiaalsest elust. Brongersma leidis, et tema seisund oli talumatu ning otsis abi enda elu lõpetamiseks perearstilt³³. Tema perearst Sutorius, kes oli ka üks eutanaasia konsultatsiooni teenust pakkuva ühingu konsulantidest (SCEN), oli vestelnud ekssenaatoriga tema soovist surra. Perearst lasi Brongersma üle vaadata ja suhelda kahel sõltumatul konsultandil, kes kinnitasid perearsti hinnangut, ning Sutorius nõustus Brongersma nõudmisega. Peale Brongersma surma täitis Sutorius kõik vajalikud dokumendid ning raporteeris toimunust ka järelevalve komisjonile. Oma raportis kirjeldas Sutorius Brongersma olukorda ja temapoolt antud selgitusi: üksik, peata olek, füüsilise halvenemine, pikaaegne soov surra, mis ei olnud seotud depressiooniga. Sutorius märkis, et Brongersma elas tema jaoks ebaeelddivat elu, kes oli kaalunud pikalt elu lõpetamise plusse ja miinuseid. Ühtegi ravimist vajavat haigust Brongersma'l ei olnud. Prokuratuur alustas menetlust 2000. aastal. Prokurör leidis, et vananemine, mandumine ja hirm kaotada kontroll enda üle, ei õigusta assisteerida enesetappu. Esimese astme kohus leidis, et tõendatud oli isiku vaba tahe surra, talumatud piinad, konsulteerimine ja hoolas assisteerimine. Ühe tunnistaja antud ütlustele tuginedes, aktsepteeris kohus seisukohta, et Brongersma kannatused oli lootusetud. Kohus nõustus, et tegemist oli tarviliku teoga ning mõistis Sutoriuse õigeks.³⁴

³³ 1996. aastal oli ta püüdnud endalt ise elu võtta, kuid see ebaõnnestus.

³⁴ Rechtbank Haarlem, no 15/035127-99, 30.10.2001.

Prokurör kaebas otsuse edasi ning apellatsioonikohtu 6. detsembri 2001.a. otsusega muudeti esimese astme kohtu otsust. Kohus leidis, et Sutorius on rikkunud eksisteerivat korda ja mõistis ta süüdi, kuid ei määranud karistust. Sutorius kohtu põhjendustega ei nõustunud ning kaebas otsuse Ülemkohtusse. Ülemkohtu detsembris 2002. aasta tehtud otsusega jäeti jõusse apellatsioonikohtu otsus, kuid täiendati kohtu põhjendusi. Ülemkohus märkis, et arst, kes assisteerib patsiendi enesetappu isiku suhtes, kes ei kannata ühegi haiguse käes ning kelle jaoks on tema elu muutunud mõttetuks, tegutseb oma professionaalsest kompetentsist väljaspool, mistõttu ei ole lubatud.³⁵

2.1.1.4. Van Oijen'i kaasus

Van Oijeni kaasuse puhul jõudis Ülemkohus 2005. aastal seisukohale, et elu lõpetamine ilma isiku nõusolekuta ja soovita on võimalik vaid erandlikes olukordades. Kohus märkis, et selleks peaks esinema patsiendi suhtes edasilükkamatud asjaolud, mis panevad arsti olukorda, kus tuleb valida omavahel vastuoluliste kohustuste ja huvidega.³⁶

Tegemist oli 85-aastase naisega, kes kannatas raskelt ning kelle eest hoolitseti hooldekodus. Van Oijen lõpetas 1997.a. tema elu, ilma selgesõnalise nõudmiseta. Patsient oli olnud kuid voodihaige ja langes enne surma kooma. Hooldekodu töötajad jätkasid patsiendi leevendavat ravi, süstides morfiini, et ta ei kannataks juhul, kui ta peaks koomast väljuma. Arvestades tema seisukorda ja tõenäosust peatselt surra, kirjutas Van Oijen talle leevendava ravimi, mida talle aga ei süstitud, kuna hooldajad kartsid, et ta on nii lähedal surmale, et juba süsti tegemise tagajärjel võib ta surra. Sel samal põhjusel oli lõpetatud patsiendi pesemine ja mähkmete vahetamine. Sellele järgneval päeval avastas Van Oijen patsiendi elusolevana, kuid oluliselt halvemas seisus. Peale konsulteerimist patsiendi tütrega, kes nõudis lõppu alandavale situatsioonile, otsustas Van Oijen anda patsiendile lihaste lõdvestajat, mis tal juhtus kaasas olema. Antud ravim ei olnud aga tegelikkuses sobiv, kuna selle säilivusaeg oli kaks aastat tagasi möödunud. Patsient suri ravimi tagajärjel ja Van Oijen raporteeris sellest kui loomulikust surmast. Hooldekodu juhataja leidis aga, et tegemist oli kahtlustäratava surmaga ning teavitas sellest Tervisekaitseinspeksiooni, kes omakorda teavitas juhtumist prokuratuuri. Mõlemad institutsioonid algatasid menetluse. Tervisekaitseinspeksioon süüdistas Van Oijenit mitmel alusel. Arst mõisteti süüdi esitatud neljast kolmel alusel: elulõpetamises ilma vastava

³⁵ Hoge Raad. Nederlandse Jurisprudentie 2003, no 167, 24.12.2002.

³⁶ Hoge Raad. Nederlandse Jurisprudentie 2005, no 217, 2005.

nõudeta; kasutamistähtaja möödunud ravimi süstimise ja ebapädeva raporteerimiskohustuse täitmise eest. Karistuseks määrati olemasolevatest leebeim – hoiatus –, kuna Van Oijen tegutses patsiendi huvides. Otsust edasi ei kaevatud, kuna arsti suhtes oli algatatud ka kriminaalmenetlus³⁷. Neli aastat pärast sündmust, 7.02.2001.a., süüdistati Van Oijenit mõrvas ja valeraporti esitamises. Esimese astme kohus leidis, et tegemist ei olnud vajaliku toiminguga, kuna patsient ei kannatanud, ta oli koomas. Veelenam, patsient oli enne kooma langemist selgelt väljendanud soovi mitte surra. Kõik Van Oijeni vastuväited oli kohtu seisukohalt alusetud ega välistanud arsti süüd. Esimese astme kohus mõistis Van Oijen'i mõlemas teos süüdi ning määras karistuseks 250 eurot trahvi. Van Oijen kaebas esimese aste kohtuotsuse edasi, kuid apellatsioonikohus leidis samuti, et Van Oijen on süüdi, mistõttu esitati kaebus ka Ülemkohtusse. Ülemkohus langetas oma otsuse 09.11.2002.a. ning leidis, et koomas olev patsient ei kannatanud talumatult ning tema situatsioon oli selline, kus oleks surm saanud niikuinii ise. Ülemkohus jättis kaebuse rahuldamata ning apellatsioonikohtu otsuse jõusse.

2.1.2. Kohtupraktika Saksamaal

Saksamaal on eutanaasia kriminaliseeritud. Kui teostatakse assisteeritud enesetappu varitseb oht, et assisteeriva isiku suhtes alustatakse menetlust. Kuna aga selged ja kirjapandud õigusnormid Saksa õiguses puuduvad, on viimased kolmkümmend aastat kujundanud õiguslikke seisukohti kohtud. Saksamaa Föderaalkohtu olulisimad otsused kriminaalasjades on *Witting* (1984), *Kempton* (1994) ja *Putz* (2010).³⁸ Kuni Putzi kaasuse lahendamiseni oli Saksamaa õiguspädevus eutanaasia osas ebaselge.

2.1.2.1. Kempton kaasus

Kaasuse asjaolude kohaselt oli patsient Schwarza koomas ning tema poeg ja tema raviarst üritasid lõpetada patsiendi kunstliku toitmise. Tegemist oli vaid katsega, kuna hooldekodu töötajad sattusid kahele mehele peale ning raporteerisid meestest. Patsient suri kuud hiljem pneumooniasse. Kohus leidis, et taolises situatsioonis on oluline tuvastada patsiendi eeldatav

³⁷ B. Crul. Lijdensweg door goed dokterschap [Suffering Due to Good Doctoring.]. - Medisch Contact 2001, No 7.

³⁸ J. Laux, A. Röbel, M. Parzeller. Rechtsfragen zur ärztlichen Sterbehilfe Teil I – Terminologie und historischer Überblick [Legal Issues of Physician-Assisted Euthanasia Part I-Terminology and Historical Overview]. - Archiv für Kriminologie 2012, 230(5-6).

tahe, kuid antud kaasuse puhul ei olnud tuvastatud patsiendi võimalikku tahet surra. Kohtuistungil märkis patsiendi poeg, et ema oli kord väljendanud ühe filmi kommentaarina, et ta ei sooviks taolist elu. Teisel istungil kinnitasid patsiendi taolisi soove juba mitmed sõbrad ja tuttavad. Kohus jõudis seisukohale, et koomas oleva isiku elu lõpetamisel tuleb hinnata kõiki asjaolusid, sh patsiendi võimalusi tervisliku seisundi paranemiseks, võimalikke kahjustusi, mis võivad tekkida, milline on koomas isiku elushoidmise kulu ja perspektiiv. Kui hinnangu andmisel selgub, et vaated tuleviku osas on negatiivsed, võiks ta eutanaasia läbi surmata, vaatamata tema võimalusest surma soovida. Kuigi poeg ja raviarst olid alamaste kohtuotsusega süüdi mõistetud ja karistuseks trahv määratud, leidis Saksamaa Föderaalkohus vastupidist.³⁹

Saksamaa eutanaasia vastased tõsteti taolise kohtuotsusega tagajalgadele, kuna otsusest tulenevalt võiks koomas oleva või ajusurnud isiku elu lõpetada sõltumata tema võimalikkust tahtest, lähedaste palve esitamisel või muudel taolistel põhjendustel. Kuid niivõrd üldsõnaliselt ei saanud Saksamaa Föderaalkohtu seisukohti võtta, silmas pidi ja peab jätkuvalt pidama, et igat juhtumit tuleb analüüsida ning seejärel langetada lõplik otsus. Kuigi kohus otsustas, et patsiendi näilise nõusoleku korral on tema hoolduse peatamine lubatav. Jäi lahtiseks küsimus, millisel juhul on hoolduse lõpetamine endiselt kriminaalkuritegu.

2.1.2.2. Putz kaasus

Patsient, Erika Küllmer, sündinud 1931.a., oli langenud vegetatiivsesse seisundisse peale peaaju verejooksu üleelamist oktoobris 2002. Ta oli väljendanud oma tütrele soovi teda mitte kunstlikult elus hoida. Kirjalik sooviavaldus aga puudus, mistõttu hoiti teda hooldekodu poolt kunstlikult elus. Taolises seisundis oli patsient olnud viis aastat, kuni tema lapsed, kellel oli antud teemal olnud intsident hooldekodu juhatajaga, jõudsid 2007. aastal kokkuleppele. Kokkulepe hooldekoduga seisnes selles, et patsiendile tagati vaid vajalikus määras hoolitsust, et ta saaks surra. Kuid 21.12.2007 taastati hooldekodu poolt patsiendi kunstlikult elushoidmise süsteem. Päev varem oli patsiendi tütre juuresolekul kunstlikult elushoidev ravi lõppenud, ning tütar oli toitmisjuhtme advokaadi soovitusel katki lõiganud.

Hooldekodu töötajad teavitasid sellest juhatust, kutsuti välja politsei ning prokurör nõudis patsiendi viimist haiglasse. Kuigi toitmisjuhe paigaldati tagasi, suri Küllmer kaks nädalat

³⁹ J. Dinkermann. Euthanasia comes one step closer. - Executive Intelligence Review 1995, Vol 22, No 31.

hiljem loomulikku surma. Tütart ja advokaati (Wolfgang Putz, meditsiiniõiguse ekspert ja patsiendi õiguste advokaat) süüdistati aga tapmiskatses. Tütar mõisteti õigeks, kuna ta oli ekslikult järginud oma advokaadi soovitusi ning sellest tulenevalt käitunud ilma süüta. Kuid advokaadile määrati tingimisi üheksakuuline vanglakaristus, millele ta esitas apellatsiooni.⁴⁰

Saksamaa Föderaalkohus tegi 2010. aastal otsuse, milles leidis, et teatud olukorras ja tingimustel elushoidva süsteemi katkestamine terminaaalses seisundis oleva isiku puhul ei ole kriminaalkuritegu. Kohus mõistis advokaadi õigeks. Kohus leidis, et Putz oli tegutsenud õiguspäraselt ja patsiendi huvides, kuna patsiendi soov ei õigusta mitte ainult ravimise lõpetamist elushoidva süsteemi tagasivõtmisel vaid ka tegu lõpetada või hoida ära ravi, mida ta ei soovinud. Kohtunik Ruth Rissing van Saan märkis, et hingamisaparaadi väljalülitamine või toitesondi sulgemine langevad lubatavate tegevuste hulka. Lisaks soovis kohus selgitada piire tapmise ja loomuliku surma vahel, mis oli minevikus osutunud keeruliseks. Kohus oli 1994. aastal otsustanud, et ravi võib lõpetada, kui patsient on andnud selleks eelneva nõusoleku, mis oli ka Putzi kaitse õiguslik alus.⁴¹ Kuid Putzi suhtes langetatud otsuses täpsustati, millal võidakse ravi lõpetamist käsitleda kuriteona. Passiivselt assisteeritud enesetapp on seaduslik, kui surma saabumine on muutnud pöördumatuks. 2005. aastal leidis kohus, et ühelgi hooldekodul või sarnasel institutsioonil ei ole õigust patsienti sundida olla söödetud läbi toitmisjuhtme nende tahte vastaselt⁴². Lisaks jõustus septembris 2009 seadus, mis kohustab võtma arvesse patsiendi soovi igal ajal, kuni surm saabub⁴³.

Putzi kaasuses tehtud otsus kohaldub vaid passiivsele assisteeritud enesetapule, aktiivne assisteeritud enesetapp on Saksamaal jätkuvalt seadusevastane ning karistatav kuni viie aastase vangistusega. Passiivne eutanaasia Saksamaal lubatud ka olukorras, kus patsiendi surm on möödapääsmatu, kuid tänapäevase meditsiini suutlikkuse juures inimest kunstlikult

⁴⁰ Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar, 25.06.2010. Bundesgerichtshof Mitteilung der Pressestelle No. 129/2010. – Arvutivõrgus: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Sort=12288&anz=623&pos=0&nr=52416&linked=pm&Blank=1> (01.05.2013).

⁴¹ German Court Legalises Euthanasia with Patient Consent. BBC, 25.06.2010. – Arvutivõrgus: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/world/europe/10414647.stm> (01.05.2013).

⁴² N. Goebel. German Court Rules in Favor of Passive Assisted Suicide. Deutsche Welle, 25.06.2010. – Arvutivõrgus: <http://dw.de/p/O2jG> (01.05.2013).

⁴³ Living Will Law Passed by German Bundestag. Deutsche Welle, 18.06.2009. – Arvutivõrgus: <http://dw.de/p/IUF8> (01.05.2013).

elus hoida on selle hetke kindlaks määramine väga keeruline.

2.1.3. Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika

EIK on lahendanud mitmeid eutanaasia ja assisteeritud enesetapuga seonduvaid kaasuseid, siinkohal märgib autor, et ei analüüsi kõiki EIK kohtuotsuseid, vaid osa neist. Arvestades, et otsustes väljendatakse ajaliselt ja ruumiliselt kehtivaid väärtusi ja hinnanguid, mis võivad muutuda, on ajas ka kohtupraktika edasi liikunud.

Esimeste eutanaasia ja assisteeritud enesetapu kaasuste seas oli *Pretty v. Ühendkuningriigid*⁴⁴, kus Pretty soovis saada nõusolekut assisteeritud enesetapu tegemiseks, kuid millest keelduti. Pretty hinnangul rikuti sellega tema inimõigusi ega tagatud võimalust surra. EIK jõudis antud asjas seisukohale, et isiku soovil suremine läbi kolmanda isiku teo (assisteeritud enesetapp) ei ole õigustatud lähtuvalt inimõigustest. Inimõigused ei võimalda isikul õigustest loobuda ning nõuda enda elu lõpetamist. Samuti ei hõlma õigus elule endas õigust surmale, mistõttu keeldumine assisteeritud enesetapu teostamiseks ei olnud tema inimõigusi rikkuv⁴⁵. Pretty kaasuse lahendamine tõi kaasa endaga olulisel määral suurema huvi ja tähelepanu eutanaasia ning assisteeritud enesetapu osas. Autor märgib, et samal, 2002. aastal, seadustas eutanaasia ja assisteeritud enesetapu Holland.

2.1.3.1. *Haas v. Šveits*

Kui varasemate EIK kohtupraktikast lähtuvalt võidi jääda eriarvamusele ning õhku kõhklusi esitatud seisukohtade osas, siis antud kaasuses on EIK astunud määrava tähtsusega samme. Kui muidu on kohtuasjade lahendamisel korratud varasemaid arvamusi ning jõutud samade järelduseni, siis viimastes EIK otsustes on näha olulist arengut. Üheks sellisteks kohtuasjaks on *Haas v. Šveits*⁴⁶, kus 57-aastane bipolaarset häiret põdev mees soovis sooritada enesetappu, kuid soovis selleks saada vastavat ravimit (*sodium pentobarbital*). Tegemist on retseptiravimiga, mistõttu oli Haas sunnitud leidma arsti, kes talle vastava retsepti väljastaks. Kuna Haas'ile retsepti ei kirjutatud, pöördus ta kohalike ametivõimude poole, kust samuti keelduti ravimi väljakirjutamisest. Kuna Haas'i tegevus ei andnud tema jaoks positiivset tulemust, esitas ta kaebuse EIK-le, leides, et tema õigust eraelule on rikutud ega austata riigi poolt. EIK

⁴⁴ EIKo 29.04.2002, 2346/02, *Pretty vs. The United Kingdom*.

⁴⁵ *Ibid.* § 39-40.

⁴⁶ EIKo 20.01.2011, 31322/07, *Haas vs. Šveits*.

tegi oma otsuse 20.01.2011.a., milles leiti, et kuigi kohus tunnistas mingil määral õigust enesetapule, ei ole see võrdsustatav õigusega assisteeritud enesetapule. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon⁴⁷ (Konventsioon) ei sisalda õigust eutanaasiale või assisteeritud enesetapule. Kohus kinnitas, et isiku õigus otsustada, kuidas ja millal oma elu lõpetada, on osa õigusest eraelu austamisele, lähtudes Konventsiooni artiklist 8⁴⁸. Samas leidis kohus, et teatud tingimuste esinemisel on enesemääramise õiguse osaks ka oma surma üle otsustamine ehk õigus enesetapule. Selline õigus saab eksisteerida vaid kahe tingimuse täitmisel: isiku vaba tahe ja tema võimalused õiguse teostamiseks. Viimane neist näitab, et õigus kehtib vaid siis, kui isikul endal on võimalik õigust enda suhtes realiseerida. Kuid Konventsiooni tuleb vaadelda tervikuna, sh artiklit 2, mis kaitseb õigust elule. Kohus märkis, et enamus liikmesriike rõhuvad isiku elu kaitsele kui õigusele surra⁴⁹. Igal juhul kohustuvad riiklikud ametiasutused austama õigust elule ning takistama isikut oma elu võtmast, kui vastav otsus ei ole vaba ja tehtud täiemõistlikult⁵⁰.

Haasi kaasuse puhul hindas kohus Šveitsi õigusruumis kehtivaid seadusi ning jõudis järeldusele, et retsepti väljakirjutamisest keeldumine oli põhjendatud. Arvestades, et Šveitsis on assisteeritud enesetapp (teatud tingimustel) seaduslik, ning seadusandja on loonud piirangud tingimuste täitmise osas. Seega, kui isik ei vasta seaduses sätestatud tingimustele, on ta võimeline oma elu elama (kaitstakse isiku õigust elule) ning võimeline ise oma elu võtma, selleks ei ole vaja kolmanda isiku (arsti) abi. Seeläbi kaitstakse isiku õigust elule, tema tervist ning hoitakse ära kuritegu.⁵¹ Kohus ei toetanud Haasi seisukohta, et riigil on positiivne kohustus võtta kasutusele meetmeid, mis võimaldaks isikul surra kiirelt ja piinavabalt. Isegi, kui assisteeritud enesetapp on seaduslik, peab riik ära hoidma seaduse kuritarvitamist ning kaitsma õigust elule. Kuna taotleja ei otsinud tema enesemääramise õiguse tunnustamist, vaid riigi positiivset kohustust tagada vahendid, mis lubaks kiiret ja valutut surma⁵², kinnitas kohus, et õigus elule sisaldab õigust otsustada, kuidas ja millal surra, kuid ainult kahel tingimusel: isiku vaba tahte esinemisel ning isiku võimel ise tegutseda⁵³.

⁴⁷ Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. - RT II 1996, 11, 34.

⁴⁸ EIKo 20.01.2011, 31322/07, *Haas vs. Šveits* § 51.

⁴⁹ *Ibid.* § 55.

⁵⁰ *Ibid.* § 54.

⁵¹ *Ibid.* § 58.

⁵² *Ibid.* § 53.

⁵³ *Ibid.* § 51.

2.1.3.2. Koch v. Saksamaa

Kuid 2012. aasta üheks märkimisväärsemaks peeti *Koch v. Saksamaa* kaasust. Nimelt ennustati, et on võimalik, et EIK jõuab üksmeelsele seisukohale, et eutanaasia ja assisteeritud enesetapp peavad olema Euroopa Liidu õigusruumis keelatud. Sellele andis aluse Euroopa Nõukogu poolt vastuvõetav Otsus 1859 (2012)⁵⁴, mille punkti viis kohaselt peab eutanaasia kui sõltumatu isiku tahtlik tapmine, teo või tegevusetuse kaudu, olema keelatud isiku väidetava heaolu tagamiseks.

Lähtuvalt kohtuasjast esitas Ulrich Koch kaebuse EIK-le peale seda, kui ta abikaasa oli Šveitsis sooritanud assisteeritud enesetapu. Enne naise surma ennustati naise täiendavat eluiga 15 aastat. Naine oli praktiliselt ülekeha halvatud ning vajas eluspüsimiseks vastavaid seadmeid ning pidevat hoolitsust ja assisteerimist. Soovides surra oma mehe assisteerimisel, taotleti koos luba surmava ravimi väljakirjutamiseks, kuid millest keelduti, kuna ravimit kasutatakse vaid elupikendaval eesmärgil. Koch'id esitasid viimati nimetatud otsuse osas küll kohtule kaebuse, kuid vaatamata sellest sõitis paar Šveitsi, kus asutuses Dignitas, sooritas naine 12.02.2005.a. assisteeritud enesetapu. Saksa kohus jättis esitatud kaebuse rahuldamata, põhjendusel, et riigil ei ole Konventsiooni alusel positiivset kohustust hõlbustada ravimi kättesaamist enesetapu eesmärgil. Vastupidiselt, riigil on Konventsioonist tulenev kohustus austada ja kaitsta isiku õigust elule. Kuigi Ulrich Koch'i abikaasa oli juba surnud, esitas ta rahulolematusest EIK-le taotluse kaebuse menetlemiseks, mis ka rahuldati.

Kuid vastupidiselt ennustatule tegi EIK *Koch v. Saksamaa*⁵⁵ kohtuasjas otsuse 19.07.2012.a., milles leidis, et kaebaja suhtes rikuti Konventsiooni artiklis 8 sätestatud õigusi ning seda järgmistel põhjustel. Kohus märkis, et Saksa kohtute tegevusetus (kaebuste läbivaatamata jätmine) ning sellest tulenenud käitumine, Koch'i abikaasa piinad ja surm mõjutasid teda sedavõrd, et seeläbi rikuti ka Koch'i enda artiklist 8 tulenevaid õigusi. EIK hindas Koch'i ja tema abikaasa vahelisi perekondlike sidemeid ehk kas Koch'il oli piisav personaalne või õigustatud huvi ning kas Koch oli eelnevalt väljendanud huvi kaasuse osas. EIK märkis, et tulenevalt asjaolust, et Koch ja tema abikaasa olid ühistootluse esitamisel olnud abielus 25 aastat, ei olnud kahtlust, et Koch oli oma abikaasaga väga lähedases suhtes. Lisaks toetas

⁵⁴ Euroopa Parlamendi Assamblee resolutsioon 1859(2012). Provisional edition Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. - Arvutivõrgus: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta12/ERES1859.htm> (01.05.2013).

⁵⁵ EIKo 19.07.2012, 497/09, *Koch vs. Saksamaa*.

Koch oma abikaasat kogu haiguse ja piinade perioodil ning oli lõpuks aktsepteerinud abikaasa soovi surra ja sõita selleks Šveitsi. Kolmandaks märkis EIK, et Koch'i isiklikku pühendumust tõendas ka fakt, et ta esitas ühiskaebuse koos oma abikaasaga ning peale tema surma mõlema eest ja nimelt võidu saavutamiseks siseriiklikul tasandil. Neil põhjustel jõudis EIK järeldusele, et Koch oli kaasusega tugevas ja püsivas sidemes alates esimesest taotlusest ja edasistes kaebustes. EIK seisukohalt ei olnud Saksamaa riigi vastuväited asjakohased ning nende alusel käitumine ei oleks aidanud kaasa perekonna eesmärgi saavutamisele. Samuti ei olnud riigi otsustada, kas ja millal peaks Koch'i abikaasa surema. EIK leidis, et Koch'i Konventsiooni artiklis 8 sätestatud õigusi rikuti, kui keelduti Koch'i abikaasa taotlusest ning administreerivad kohtud keeldusid edasisi kaebusi menetlemast⁵⁶.

EIK hindas ka artikli 8 § 2 võimalike rikkumisi ning jõudis seisukohale, et surmava doosi ravimi väljakirjutamise otsustamine on esmalt siseriiklike kohtute pädevuses, kohus on kohustatud hindama iga taotluse sisu ja asjaolusid. EIK leidis, et siseriikliku kohtu keeldumine hinnata taotluse põhjendusi ja asjaolusid rikkusid Koch'i eraelu puutumatuse õigusi artikli 8 mõttes.

Kuna Koch esitas EIK-le kaebuse nii enda kui ka surnud abikaasa nimelt, analüüsis EIK võimalike artikli 8 rikkumisi surnud abikaasa õiguste suhtes. EIK selgitas, et kuna teatud õigused, sh artiklist 8 tulenevad õigused on isikuga otseselt seotud, ei ole tegemist loovutatavate õigustega. Seetõttu puudus Koch'il õiguslik alus esitada kaebus ka abikaasa eest ja nimelt.⁵⁷ Sarnasele seisukohale jõudis EIK ka kohtuasjas *Sanles Sanles v. Spain*⁵⁸. EIK keeldus kaebuse menetlemist Koch'i abikaasa õiguste rikkumise tuvastamiseks. EIK ei pidanud vajalikuks täiendavalt sisuliselt hinnata artiklite 13 ja 6 § 1 (koosmõjus artikliga 8) rikkumist, kuna juba tuvastati artikli 8 rikkumine.

Eutanaasia pooldajad on läbiaegade tuginenud suremise, enesemääramise õigustele ja isiku autonoomiale. EIK kohtupraktikast lähtuvalt on selge, et õigus elule ei sisalda õigust surmale. Tegemist on õigusega, mida on võimalik tõlgendada vaid isiku kasuks. Riigi kohustuseks on tagada selle õiguse kaitse. EIK on kinnitanud, et autonoomia kui õigus eksisteerib ning on tuletatav õigusest eraelule (artikli 8 kaudu), mille sisu ja ulatust on läbi kohtupraktika pidevalt edasiarendatud. EIK ei ole seni ühemõtteliselt märkinud, et eutanaasia oleks inimõiguste

⁵⁶ EIKo 19.07.2012, 497/09, *Koch vs. Saksamaa*, § 54.

⁵⁷ *Ibid.* § 78-82.

⁵⁸ EIKo 26.10.2000, 48335/99, *Sanles Sanles vs. Hispaania*.

vastane ning tuleb keelata. Iga juhtumit käsitletakse eraldiseisvalt, hinnatakse esinevaid asjaolusid, mida arvesse võttes jõutakse nii ühele kui teisele arvamusele eutanaasia või assisteeritud enesetapu osas. Enamasti lahendatakse aga EIK-s kaasuseid, kus isik on püüdnud leida lahendusi suremiseks ehk esitanud taotlusi kohalikele ametiasutustele ning keeldumise tõttu esitanud taotluse menetluse algatamiseks EIK-s või on juba eutanaasia või assisteeritud enesetapp sooritatud (isik on surnud), kuid selle teostaja/ kaasaaitaja on jõudnud läbi siseriiklike instantside EIK-sse, kust püütakse leida õigustust oma vaadetele ja vabaneda süüst.

EIK kohtulahendis on muuhulgas märgitud, et Eestis ei ole assisteeritud enesetapp kuritegu, kuigi, eesti praktikutel ei ole õigust kirjutada välja ravimit eesmärgiga hõlbustada surma. Vaid neljas liikmesriigis (Šveits, Belgia, Holland ja Luksemburg) on arstidel õigus kirjutada välja surmavaid ravimeid, mille suhtes on kehtestatud kindlad kaitsemeetmed/ tingimused.⁵⁹

2.2. Eutanaasia regulatsiooni tingimused ja lähtekohad Hollandis

Eutanaasia seadustamiseni jõuti Hollandis peale 30 aastat teema käsitlemist. Eutanaasia seadustamist takistas poliitika ja poliitiline vahekord parlamendis, kuni seaduse vastuvõtmiseni lähtuti aga kohtupraktikast. Käesolevas peatükis ei kirjutata ümber Hollandi kehtivat regulatsiooni, vaid seadusloome arengut esimestest sammudest, sealhulgas sotsiaalsetest ja poliitilistest aspektidest.

Hollandis oli eutanaasia karistusseadustiku alusel karistatav kuni 2002.a. Enne eutanaasia seadustamist oli eutanaasia isiku nõusolekul tapmine, ilma nõusolekuta läbiviimine mõrv. Samuti oli keelustatud assisteeritud enesetapp, kuigi enesetapp ise ei olnud ega ole karistatav. Samas ei mõistnud Ülemkohus 1984.a. Schoonheim kaasuses arsti süüdi eutanaasia teostamises, vaid ütles, et arst võib tugineda sellele, et ta teostas eutanaasiat patsiendil, kes seda nõudis ning kes kannatas talumatult ja lootusetult. Mõistes, et riik on andnud nõusoleku eutanaasia teostamiseks, töötas *Royal Dutch Medical Association*⁶⁰ välja tingimused eutanaasia läbiviimiseks. Arstil tuleb enne eutanaasia teostamist või assisteeritud enesetappu konsulteerida sõltumatu kolleegiga, kes annaks oma ametliku arvamuse, kas eeltingimused on täidetud, ning seejärel tuleb esitada raport. Juhul, kui tuvastataks, et arst ei täitnud

⁵⁹ EIKo 19.07.2012, 497/09, *Koch vs. Saksamaa*, § 26.

⁶⁰ Hollandis on loodud arstide eraliit (KNMG), mis on alates 1980. aastast toetanud eutanaasia seadustamist ning osalenud aktiivselt seadusloome väljatöötamises.

hoolsuskohustust, edastatakse kaasus prokuratuuri ja/või teistele järelevalvet teostavatele organitele.

2.2.1. Sotsiaalsed tingimused

2.2.1.1. Poliitika

Nagu eelnevalt mainitud, oli eutanaasia seadustamine takistatud tulenevalt poliitilistest seisukohtadest ning võimalolevate parteide poolt. Hollandi parlament koosneb kahest kojast, millest alamkoda on tugevalt seotud valitsusega. Eelnõu parlamenti esitamiseks on valitusel vaja kogu alamkoja tuge. Kui toetus on saadud, liigub seadus edasi ülemkotta (senatisse), kus seadus lõplikult heaks kiidetakse ja võetakse vastu. Hollandi valitsuse koalitsiooni kuulusid alates 1917. aastast kuni 1994. aastani kristlik-demokraatide esindajad. Kuid XX sajandi lõpus hakkas rahvas oma meelemuutust väljendama ning kristlike erakondade pikk edu lõppema, mis andis võimaluse alustada tõhusamat tööd eutanaasia seadustamiseks. Eutanaasiat peeti sotsiaalseks küsimuseks, mille lahendamisel oli väga oluline ühiskonna arvamus, kelle seisukohad ja sõna olid tugevamad kui poliitikutel. Seda, et hollandlased olid ajaga kasvanud ja muutunud, tõestas ka Euroopa Väärtuste Uuring (*European Values Study*)⁶¹. Uuringu läbiviija, Inglehart, leidis, et esineb korrelatsioon jõukuse ja väärtuste vahel. Inimesed, kes kasvasid üles ilma riskita kaotada elatis, kaldusid mõtlema väärtustest nagu vabadus, eneseväljendus ja elukvaliteedi täiendamine rohkem kui väärtustele nagu sotsiaalne kindlustatus ja personaalne kindlustunne. 1990. aastate alguses leiti Hollandis ja Taanis, et post-materiaalsete väärtustega inimesed ületasid inimeste hulka, kellele olid olulised materiaalsed väärtused. Sellest tulevalt muutusid ka inimeste hoiakud poliitiliste seisukohtade ning eelistuste osas. Valituks osutusid varem tagaplaanil olnud erakonnad ning kristlikud demokraadid, sotsiaaldemokraadid ja liberaalid sattusid nõ tagaajavateks erakondadeks. Esile kerkisid uued ühendused, kes esindasid pigem vabadust ja mittemateriaalseid väärtusi ning need, kes toetasid kristlike väärtusi, nagu elu pühadus.⁶² Kuna XX sajandil sai võimalikuks parteipööre ning kristlik-demokraatide hääl suruti valitsuses maha, oli võimalik jätkata kauaks seisma jäänud eutanaasia seadustamise teed.

⁶¹ L. Halman. The European Values Study: A Third Wave. Source book of the 1999/2000 European Values Study Survey. Tilburg: WORC, Tilburg University 2001.

⁶² R. Inglehart. The Silent Revolution. Princeton: Princeton University Press 1977, lk 28, 139.

2.2.1.2. Tervishoiusüsteem

Hollandlased on võrreldes teiste rahvustega tavapärasest tervemad. Enamik elavad keskmise elueani või kauem - 2005. aastal oli meestel keskmine eluiga 77,2 aastat ja naistel 81,6 aastat.⁶³ Hollandi tervishoiusüsteem peegeldab riigi solidaarsust ja kultuurset pühendumust sotsiaalsele võrdsusele. 2006. aastal, peale 30. aastast diskussiooni, tutvustati tervishoiu kindlustamiseks uut universaalset süsteemi, mis vahetas välja vana üldise süsteemi, kus eristati inimesi madalama ja kõrgema sissetuleku alusel. Uue süsteemiga kohustati kõiki isikuid kindlustama standardtingimustel. Kohustuslik kindlustus katab hollandlase põhilised tervishoiuteenused, sealhulgas eutanaasiaga seotud kulud. Kindlustuskatet on võimalik laiendada, kui selle eest ka vastavalt tasutakse. Kuigi tervisekindlustus on kohustuslik, esineb probleeme selle kohaldamisega. Erikulud, nagu rehabiliteerimiskulud, kodus või hooldekodus ravimisega seonduvad kulud, on kaetud kohustusliku kindlustussüsteemiga.⁶⁴

Hollandis tegutsevad tervishoiuasutused on ajalooliselt kujunenud - haigete eest hoolitses kirik, seejärel eraorganisatsioonid. Tervishoiuvaldkonnas tegutsevaid asutusi on Hollandis mitmeid, nagu näiteks pimedatele, erivajadustega inimestele, vaimuhaigetele loodud ühingud. Lisaks tavapärastele haiglatele, osutavad tervishoiuteenuseid ka hooldekodud, vanadekodud,⁶⁵ surmavalt haigete hooldamiseks loodud asutused ning eksisteerib võimalus ka koduseks raviks. Tervishoiuteenuste otsesteks osutajateks on arstid (pere- ja eriarstid), õed ja nende assistendid, apteekrid, patoloogid. Antud valdkonnaga on tihedalt seotud ka järelevalveorganid, nagu Tervisekaitseinspeksioon ja Distsiplinaarkomisjon. Kõik eelnimetatud puutuvad kokku eutanaasiaga, kuid selle tugevusaste varieerub. Eutanaasiat ja assisteeritud enesetappu võivad teostada vaid arstid, kes vastutavad patsiendi ravi eest, ning kelle kontrolli all toimub patsiendi ravimine ning kelle kohustuseks on langetada selles osas lõplik otsus. Teiste tervishoiutöötajate roll eutanaasia puhul on pigem kaudne, kuid see ei välista nende vastutust.⁶⁶

Hollandis on viimase poole sajandi jooksul läbi viidud hulgaliselt küsitlusi. Üheks

⁶³ J. Mackenbach, P. van der Maas. Health and Health Care. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg 2004, lk 51.

⁶⁴ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 16.

⁶⁵ Nagu ka Eestis.

⁶⁶ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 16-19.

järjepidevaks küsitluseks oli Sotsiaal ja Kultuuri Planeerimisbüroo (*Social and Cultural Planning Bureau, SCP*), mida viidi läbi perioodil 1966-2004. Vastamiseks esitati küsimus: Kas arst peaks andma surmava süsti patsiendi palvel, et lõpetada tema piinad?⁶⁷

Tabel 1. Sotsiaal ja Kultuuri Planeerimisbüroo küsitluse tulemused 1966-2004

Aasta	Jah	Sõltub	Ei
1966	40	12	49
1975	53	24	24
1980	52	36	12
1985	55	33	12
1991	58	33	9
1995	58	35	8
1998	50	40	9
2004	51	39	9

Allikas: kuni 1991 Social and Cultural Report 1992⁶⁸, alates 1991 Euthanasia and Law in Europe⁶⁹

Sõltumata küsimuse püstitusest ja sõnastusest, on näha, et suurim muutus toimus 1975. aastal, kui kasvas oluliselt pooldajate ning vähenes vastaste arv. SCP lõpetas küsitluse 2004. aastal, tõenäoliselt tulenevalt asjaolust, et eutanaasia seadustati 2002. aastal. Arstide seisukohti on analüüsitud Van der Wal ning tema uuringu tulemuste kohaselt nähtub, et arstide arvamus stabiliseerus⁷⁰. Tabelis märgitud arvud kajastavad seisukoha pooldajate määra.

Tabel 2. Van der Wal uuringu tulemused 1990, 1995, 2001

Seisukoht	1990	1995	2001
Igaühel on õigus enesemääramisele arvestades elu ja surma	64	52	56
Viimase viie aasta jooksul on mu arvamus eutanaasiast muutunud rohkem sallivamaks	25	18	12

⁶⁷ *Should a doctor give a lethal injection at the request of a patient to put an end to his suffering?*

⁶⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau. Social and Cultural Report 1992. The Hague: VUGA 1992, lk 475.

⁶⁹ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 25.

⁷⁰ G. van der Wal *et al.* Medical Decision Making at the End of Life: Medical Practice and the Assessment Procedure for Euthanasia. Utrecht: de Tijdstroom 2003, lk 68.

Viimase viie aasta jooksul on mu arvamus eutanaasiast muutunud rohkem piiravamaks	14	12	20
Viimase viie aasta jooksul ei ole mu arvamus eutanaasiast muutunud	61	70	69

Allikas: Van der Wal *et al*⁷¹

Tänu poliitilistele muudatustele ning kõrgele sotsiaalsele solidaarsusele on terminaalsetel haigetel võimaldatud elu lõpetamine isikule meelepärasel ajal ja kohas, tema enda poolt määratud tingimustel. Mistõttu elatakse teadmiseks, et elu lõpp ei pea olema piinarikas ning hirmuäratav. Eeltoodu võib olla ka üheks põhjuseks, miks on hollandlased ühed õnnelikumad inimesed maailmas. Nende muretu eluviis ja riigipoolne tugi on viinud Hollandi ÜRO maailma õnnelikkuse raporti⁷² kohaselt neljandale positsioonile. Kuid võibolla tõuseb hollandlaste õnnelikkuse protsent seeläbi, et kurvad ja piinades inimesed ei koge seda kõike, vaid teostavad eutanaasia.

2.2.2. Õiguslikud lähtekohad ja areng alates 1970. aastast

Nagu sissejuhatavalt märgitud võttis eutanaasia seadustamine aega aastakümneid. Tegemist ei olnud tormaka ega läbimõtlema tegutsemisega. Erinevate takistuste teele sattumine alates esimestest sammudest aitasid aga pigem eutanaasia seadustamisele ja seadusandjale kaasa. Kuna seaduse vastuvõtmise hetkeks oldi kõik asjaolud ja hinnangud ammu enne analüüsitud ehk astumata oli vaid formaalne samm seaduse vastuvõtmiseks. Arutelud eutanaasia osas sai alguse Hollandi kohtutes 1970-80ndatel. Tänapäevaks on Hollandis praktiseeritud eutanaasiat üle 30. aasta, seaduse alusel natuke üle 10 aasta.

Õiguslike seisukohtade kujundamisel arvestati mitmeid juba käesoleva töö I peatükis käsitletud aspekte. Kohtute seisukohad – arsti õiguste tunnustamise õiguste-kohustuste konflikti korral – ja kohustuslik seadustamine olid suunatud esmalt arstidele seejärel patsientidele. Kuna arst on see, kellel esineb konflikt enda kohustuste ja patsiendi õiguste vahel ning kes peab tegema õigustatud valiku ja langetama otsuse. Veel enam, valu leevendamine ja elu austamine näitavad, et enesemääramine ei ole põhiline printsiip, millele

⁷¹ G. van der Wal *et al.* Medical Decision Making at the End of Life: Medical Practice and the Assessment Procedure for Euthanasia. Utrecht: de Tijdstroom 2003, lk 68.

⁷² J. Helliwell, R. Layard, J. Sachs. World Happiness Report. - Arvutivõrgus: <http://issuu.com/earthinstitute/docs/world-happiness-report?mode=window&backgroundcolor=%23222222> (01.05.2013).

seadus tugineb. Enesemääramine on ainult eeltingimus arsti tegevuse seadustamiseks. Teatud mõttes on piinade leevendamine niivõrd äärmuslik tee, et on seaduslik vaid siis, kui on tehtud patsiendi selgesõnalise ja läbimõeldud nõudmisel. Perioodil 1997-2007. aasta, olid Hollandis päevakajalised kaks vastandlikku liikumist. Ühelt poolt patsientide huvide eest seisev organisatsioon ja KNMG, teiselt poolt vastas kohtud ja parlament. Esimesed püüdsid leida suuremat vabadust enesemääramiseks ning assisteeritud enesetapu lubamist isikutele, kelle kannatused ei ole meditsiinilised. Teised aga rõhutasid piirangutele, mis kaasnevad arstide seotusega lõpetada patsiendi elu.

Hollandis kehtiv isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadus⁷³ jõustus 01. aprill 2002. Sellega sai Hollandist maailma esimene riik, kus legaliseeriti eutanaasia. Enne 2002. aastat kehtinud karistusseaduse paragrahvi 293 kohaselt oli isik, kes võttis teise isiku elu, tema selgelt väljendatud ja siiral nõudel, toime pannud tõsise kuriteo, kuid vähem tõsise kui seda mõrv. Paragrahv 294 alusel karistati isikut, kes tahtlikult õhutas teist sooritama enesetappu, assisteerima teise enesetappu või tegema muid toiminguid teise isiku heaks ja enesetapu kasuks. Selline isik oli süüdi kuriteos, kuigi enesetapp ise ei ole olnud ega ole karistatav. Nüüd aga nimetatud sätted ei rakendunud, kui järgiti nõudmisi isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadust.

Eutanaasiaga ja assisteeritud enesetapuga seotud kaasuseid esines 1970ndatel mõned, kuid neid kõiki käsitleti äärmisel tähelepanelikult. Kaasusi lahendati kõrgemates kohtuastmetes. 1970ndatel seati eutanaasia tingimusteks: vabatahtlik ja läbimõeldud tahteavaldus; patsiendi talumatud ja lootusetud piinad; teostajaks arst ning professionaalilt võetud hinnang patsiendi seisundi kohta. 1980ndatel alustasid arstid teavituskohustuse täitmist ning teatama, kui olid teostanud eutanaasiat. Seeläbi oli prokuröri otsustada, kas asjaolusid arvestades algatada menetlust või mitte.

Parlamendi nõudmisel, 1982. aastal, loodi riiklik komisjon, kes nõustas valitsust eutanaasia seaduse väljatöötamiseks. Komisjon küsis pädevatelt institutsioonidelt seisukohti eutanaasia osas, üheks neist oli KNMG. KNMG leidis, et eutanaasiat tuleks teatud eelnevalt reguleeritud tingimustel pooldada. Leiti, et eutanaasiat peaks teostama arst ning komitee peaks seadma tingimused hoolsuskohustuse täitmiseks. Tingimusteks seati, et eutanaasiat saab teostada

⁷³ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Autori tõlge: isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadus. Arvutivõrgus: http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_01-05-2013 (01.05.2013).

vabatahtliku ning läbimõeldud tahteavalduse alusel ning lubamatute piinade korral. Lubamatu all peeti silmas talumatuid piinasid ning lootusetut seisundit. Komitee formuleeris kaks protseduurilist reeglit: konsulteerimiskohustus teise arstiga ning patsiendi surma ei tohi raporteerida kui „loomulik surm“. 1987. aastal lisati kolmandaks tingimuseks korrektse kirjaliku raporti koostamine (raporteerimiskohustus). Loodud tingimused võttis KNMG üle ning tegi tervishoiutöötajatele teatavaks, et nad peavad olema valmis võtma vastutust eutanaasia teostamise eest.

Schoonheim kaasuse⁷⁴ puhul leidis Ülemkohus, et meditsiinitöötaja valmidus ja tahe võtta vastutust eutanaasia teostamise eest tegi kohtule lihtsamaks jõuda järeldusele, et arst, kes täidab seatud tingimused, sh hoolsuskohustust, saab õigustada oma tegu. 1984. aastal püüti võtta vastu eutanaasiat käsitlev seadus, kuid see ebaõnnestus, kuna kristlikud demokraadid olid arvult enamuses ning kasutades ära oma positsiooni blokeeriti seadustamine. 1985. aastal avaldati riikliku komisjoni poolt raport, millest nähtub, et enamik oli seisukohal, et teatud kindlatel tingimustel teostatud eutanaasia peaks olema seaduslik. Alates sellest hetkest on eutanaasia olnud Hollandis alati poliitilises agendas, kuid poliitiline kultuur seadis jätkuvalt takistusi seadusliku lahenduse leidmiseks kuni 1990ndate lõpuni.

Kuna eutanaasiat ei seadustatud, siis tuli kohtutel lahendada tekkivaid vaidlusi läbi pretsedendiõiguse. 1987. aastal jõudis Ülemkohus seisukohale, et arst, kes täidab hoolsuskohustuse tingimused, võib eeldada, et teda ei võeta vastutusele. Peale kohtuotsuse tegemist lubas ka justiitsminister Arstide Liidule, et prokuratuur ei võta arsti vastutusele, kui kõik tingimused täidetakse. Sellest hetkest alates teostati eutanaasiat aktiivselt, kuigi formaalõiguslikult ning valitsuse ja erinevate kommentaatorite hinnangul oli eutanaasia siiski illegaalne.

Kui eutanaasia teostamise tingimused paika said, tõusetus aga järgmine probleem – järelevalve teostamise üle. Esimene samm loomaks uut teavitamiskohustuse süsteemi tehti 1990. aastal. Kehtestatud tingimused kinnitasid arstidele, et peale eutanaasia läbiviimist uuritakse vaid teavitatud juhtumeid. Kui arst teavitas peale eutanaasiat patoloogi ning täitis vajaliku vormi, mis näitas, et arst oli täitnud kõik vajalikud tingimused, ei alustatud antud patsiendiga seotud eutanaasia osas uurimist. Esimene riiklik järelevalve viidi läbi 1990. aastal. Tulemused näitasid, et enamik arste ei täitnud raporteerimiskohustust, vaid 18% osas kõigist

⁷⁴ Hoge Raad. *Nedelands Jurisprudentie* 1985, No 106, 27.11.1984.

eutanaasia juhtumitest avaldati korrektseid andmeid. Vaatamata kehvadest tulemustest, leiti, et raporteerimiskohustus on oluline, ning valitsus otsustas anda sellele seadusliku jõu. Selleks, et arstid täidaks teavitamiskohustust, kehtestati kohustuse rikkumisele sanktsioonid. Järelevalve teostamiseks loodi arstide ja prokuratuuri vahele eraldi regionaalsed järelevalve komiteed (*Regional Review Committees*), kes teostasid ja teostavad järelevalvet esitatud raportite osas. Komitee koosneb ka käesoleval ajal advokaadist, arstist ja eetikust. Kui komitee leidis, et arst on rikkunud patsiendi õigusi/arsti kohustusi, teavitati sellest menetluse algatamiseks prokuratuuri. Komiteed alustasid tööd 1998.a., samal aastal loodi ka programm, mille kaudu pakuti (pere)arstidele eutanaasia alast konsultatsiooni ning kuna teenus osutus üllatavalt populaarseks, laiendati seda hooldekodudele ja haiglatele.

Hollandi 1998. aasta valimiste tulemusena moodustus valitsuses uus koalitsioon, kes võttis vastu seaduse ettepaneku kui valitsuse seaduseelnõu. Seaduseelnõu, mis kujunes hilisemalt 2002. aastal vastuvõetud seaduseks, sisaldas hoolsuskohustuse täitmise tingimusi, karistusseadustiku §-de § 293, 294 muudatusettepanekuid, et välistada arsti vastutus kõigi tingimuste täitmisel ning regionaalsele järelevalve komiteele anti seaduslik alus oma ülesannete täitmiseks. Kuna seadus oli põhimõtteliselt valmis ning asi seisneski vaid vastuvõtmises, reguleeriti ainsa uue osana olukorda, kus inimene oli teinud varasema kirjaliku taotluse, kuid kes on muutunud ebapädevaks ise vastavat otsust langetada. Lisaks reguleeriti ka olukorda seoses alaealistega. Oma sisult pööras seadus rohkem rõhku konsultatsiooni tingimustele ja raporteerimiskohustusele.

Seaduseelnõu aruteludel, veebruarist 2000 kuni aprillini 2001, selgitati järgmiste asjaolude tähtsust: eelneva kirjaliku nõusoleku andmine, alaealiste positsioon, assisteeritud enesetapu seaduslikkus patsientide puhul, kelle piinad ei tulene meditsiinilisest probleemist, kuid on loomult eksistentsiaalsed ning hooldekodude personali roll eutanaasia korral. Seaduseelnõu preambulas rõhutati järgmisi keskseid eesmärke: eutanaasia praktiseerimise läbipaistvus ning seaduslik kindlustunne. Seadusloome protsessis käivitusid ka arutelud mõistete kasutamise osas, eelkõige mõiste enesemääramine osas. Oponendid olid arvamusel, et seaduseelnõu peidetud printsiip oli mõiste definitsioonis. Leiti, et enesemääramise väärtuse ja enesemääramise õiguse vahel on tehisk erinevus ning elnõu pidi tuginema mitmetele fundamentaalsetele inimõigustele. Oldi arvamusel, et arst peab hoidma tasakaalus talumatult piinleva patsiendi soovi surra väärikalt ning austust inimelu vastu. Avalikkuse arvamusel tähendas austus inimelu vastu seda, et see sisaldas muuhulgas võimalust vältida personaalse väärikuse ülimat kadu ning anda selle vältimiseks inimesele võimalus nende enda põhimõtete alusel.

3. EUTANAASIA TEOSTAMINE EESTIS

Enne teist maailmasõda, aastal 1935, oli Eesti kriminaalseadustikus reguleeritud tapmine kannatanu palvel, tapmise privilegieeritud koosseisuna. Karistuseks oli ettenähtud sunnitöö mitte üle 15 aasta (KrS § 420). Kuid KrS § 426 alusel tapmist kannatanu palvel, mille eest karistati vangimajaga mitte üle kahe aasta; KrS § 428 vahendi kättetoimetamine enesetapmiseks, mille eest karistati vangimajaga mitte üle kolme aasta ja KrS § 429 kohaselt piiratud teovõimega isiku enesetapmisele ahvatlemist või kaasaaitamist sunnitööga mitte üle kaheksa aasta. Kehtinud seadusest järeldub, et elu kui hüve oli nii üksikisikule kui riigile kuuluv, millest loobuda ei olnud võimalik. Tollal kehtinud õiguse kohaselt moodustas nõusolekul tapmine selle privilegieeritud koosseisu, kuna selles nähti tapja väiksemat ohtlikkust. Kuid selleks pidi olema täidetud järgmised tingimused: tapetu tungiv palve end surmata ja kaastunde motiiv. Lisaks pidi tapetu soov olema kujunenud tapetus ilma mõjutusteta ja surveta tapja poolt; tapetu aktiivselt väljendatud nõusolek; aktiivne nõusoleku väljendamine pidi väljenduma tungivas, kindlas ja vääramatul palvel. Seega pidi palve olema korduv. Tapetu pidi olema suuteline saada aru oma teo tähendusest ja iseloomust. Kaastunde motiivi täitmiseks pidi tegemist olema halastustapmisega ehk tapetu seisund pidi olema lootusetu. Privilegieeritud koosseisu täitmiseks ei võinud tapmine toimuda omakasu eesmärgil. Kui eelpool märgitud tingimusi ei täidetud, oli tapmine (ka katse) karistatav üldkorras.

3.1. Kriminaalõigus

Kehtiva õiguse kohaselt on tapmine isikuvastane süütegu, mille suhtes sätestab koosseisu ja sanktsioonid karistusseadustiku (KarS) 9. peatüki 1. jagu⁷⁵. Eutanaasia puhul on kaitstavaks õigushüveks inimese elu, mis on üks esmastest inimõigustest ning tuleneb inimeseks olemise faktist. Eluvastaste süütegude puhul esineb kaks koosseisu: tapmine (KarS § 113) ja surma põhjustamine ettevaatamatusest (KarS § 117). Tapmine jaguneb omakorda neljaks: põhikoosseis (tapmine, KarS § 113), raskem koosseis (mõrv, KarS § 114) ning kaks kergemat koosseisu (provotseeritud tapmine, KarS § 115 ja lapse tapmine, KarS § 116).

Vastavalt KarS §-le 113 karistatakse teise inimese tapmise eest kuue- kuni viieteistaastase vangistusega. Tapmisega on tegemist vaid siis, kui puuduvad KarS §-des 114-116 sätestatud raskendavad või kergendavad asjaolud. Tapmise puhul rünnatakse inimese elu, mis on

⁷⁵ J. Sootak, P. Pikamäe. Karistusseadustik kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 358-375.

tähtsaim individuaalne õigushüve ning mille õiguskaitse tuleneb otseselt põhiseaduse (PS)⁷⁶ §-st 16. Põhiseadusest lähtuvalt tuleb inimelu kaitsta reservatsioonideta. Seega on võrdselt kaitstud kõik inimesed, sõltumata nende tervislikust seisundist. KarS ei tee mööndusi ka terminaaelses seisundis olevate haigete osas. Kuid silmas tuleb pidada, et õigusvastasust välistavate asjaolude loetelu ei ole ammendav ning kohtule jääb võimalus lootusetult haige isiku suremissoovi õigusvastasust välistava asjaoluna tunnustada, kui selline asjaolu on kooskõlas KarS §-ga 27. KarS § 27⁷⁷ kohaselt on õigusvastane tegu, mis vastab KarS sätestatud süüteokoosseisule ja mille õigusvastasus ei ole välistatud KarS, muu seaduse, rahvusvahelise konventsiooni või rahvusvahelise tavaga. Seega võiks kehtiva õiguse alusel teostada eutanaasiat, kuid teadmata, millised oleks teo tagajärjed, kui asja hakatakse kohtus menetlema. Süüteokoosseisu tunnustele vastava teo õigusvastasuse tuvastamine tähendab, et teos puuduvad õigusvastasust välistavad asjaolud. Isiku käitumine võib ühteaegu täita keelunormi (eriosa süüteokoosseisu) tunnused kui ka vastata lubavale normile ehk õigusvastasust välistavatele tunnustele. Kui isiku tegu vastab süüteokoosseisule, kuid esineb õigusvastasust välistav asjaolu, on isiku käitumine õiguspärane. Kui aga ei esine ühtegi õigusvastasust välistavat asjaolu, on tegemist ebaseadusliku teoga.

Hindamaks teo õiguspärasust, tuleb tuvastada teo lubatavus tsiviil- ja avalikus õiguses, kuna teo lubatavus eelnimetatud õigustes välistab alati teo õigusvastasuse ning vastupidi. Lähtuvalt Riigikohtu praktikast on kannatanu nõusolek iseseisvaks õigusvastasust välistavaks asjaoluks⁷⁸. Tegemist ei ole seadusest tuleneva vastutust välistava asjaoluga. Lisaks tuleb teo õiguspäraseks lugemisel tuvastada mitte ainult õigusvastasust välistav asjaolu objektiivselt, vaid ka õigustatuse subjektiivne külg – isik peab olema teadlik õigustavast asjaolust⁷⁹. Samas võiks arst tugineda ka KarS §-le 30, mille kohaselt võib arstil esineda kohustuste kollisioon.

KarS § 114 sätestab mõrva kui süüteo koosseisu, millest tulenevalt tahteavalduse alusel teostatud eutanaasia koosseisu ei täida ning arsti suhtes ei kohaldu. Mõrv on tapmine, kui see on toime pandud:

1. piinaval või julmal viisil;
2. üldohtlikul viisil;
3. kahe või enama inimese suhtes;

⁷⁶ Eesti Vabariigi põhiseadus. - RT 1992, 26, 349... RT I, 27.04.2011, 2.

⁷⁷ J. Sootak, P. Pikamäe. Karistusseadustik kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 151-153.

⁷⁸ RKKKo 3-1-1-109-01.

⁷⁹ RKKKo 3-1-1-110-04.

4. vähemalt teist korda;
5. seoses röövimisega või omakasu motiivil;
6. teise süüteo varjamise või selle toimepanemise hõlbustamise eesmärgil;
7. lõhkeseadeldise või lõhkeaine kasutamisega.

Lähtudes eelpool märgitud sätte koosseisust leian, et patsiendi tahteavalduse alusel teostatud eutanaasia ei kohaldu, mistõttu puudub alus ka nimetatud sätte rakendamiseks arsti suhtes. Tulenevalt karistusõigusest oleks arsti eutanaasia või assisteeritud enesetapu teostamise eest võimalik kriminaalkorras vastutusele võtta eelkõige KarS § 113 alusel, kuid silmas tuleb pidada õigusvastasust välistavate asjaolude esinemist KarS § 27 ja § 30 alusel. Arvestades, et KarS §-s 27 sätestatud loetelu ei ole ammendav, on kohtul võimalik seda täiendada ning õigusvastasust välistavaks asjaoluks pidada ka patsiendi tahteavaldust. Kui arst suudab tõendada, et tema tegu oli kooskõlas patsiendi tahtega ning patsiendil puudusid mistahes väljavaated paranemiseks ja teda oleks eesoodanud piinarikas surm, leian, et kohtul oleks alust kohaldada KarS § 27, mille tulemusena ei mõistetak arsti tapmises süüdi. Lähtudes Hollandi pikaajalist praktikat seoses arstide kriminaalkorras vastutusele võtmisega, mõisteti arste enne eutanaasia seadustamist õigeks või neile määrati märgiline karistus. Sarnaselt Hollandi Ülemkohtu otsusele *Schoonheim*'i kaasuses⁸⁰, võib jõuda samale seisukohale ka Eestis kehtiva õiguse alusel - arst ei ole süüdi kuriteos siis, kui seda ei olnud võimalik vältida ehk arstil tuleb täita talle seatud kohustusi ning samal ajal austada patsiendi õigusi. Arsti ülesandeks on ravida ja leevendada patsiendi piina, samas tuleb austada ka õigust elule – õiguste ja kohustuste konflikti korral tuleb arstil lähtuda meditsiini eetikast ja objektiivselt õigustatud tegevusest.

Selleks, et ei tekiks ebasoodsat praktikat ja seaduse väärtõlgendamist, tuleks teha ennatlik samm õiguse väljatöötamise suunas ning alustada diskussiooni ja vajalike muudatuste ettevalmistamisega. Karistusseaduses tuleks muuta tapmise koosseisu selliselt, et seatakse erandiks arsti poolt teostatav eutanaasia. Samas ei saa teha üldist välistust arstide suhtes, vaid eutanaasia seadustamisel tuleb omakorda seada tingimused ka eutanaasia teostamiseks, mille täitmisel ei võetaks arsti kriminaalkorras vastutusele.

⁸⁰ Hoge Raad. *Nedelands Jurisprudentie* 1985, No 106, 27.11.1984.

3.2. Tsiviilõigus

Tervishoiuteenuse osutamist on võimalik käsitleda lepingulise või lepinguvälise suhtena. Lepingulist suhet reguleerib võlaõigusseaduse (VÕS) 41. peatükk⁸¹, mis sisaldab üldnorme. Tervishoiuteenus on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse⁸² § 2 lg 1 kohaselt tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

Tervishoiuteenuse osutamise lepingu reguleerimisega VÕS-s on meditsiiniabist saanud tehinguline suhe, mis on oluliselt vähendanud meditsiinietika ja õiguslikult mittesiduvate reeglite mõju. Lepinguline suhe ei välista deliktiõiguse paralleelset kohaldamist. Kuigi VÕS § 762 eesmärk on ära hoida kahju tekkimist elule ja tervisele, mistõttu VÕS § 1044 lg 2 kohaselt ei saaks deliktiõigust rakendada, tuleb arvestada ka VÕS § 1044 lg-ga 3. Kuna VÕS § 762 rikkumine võib kaasa tuua isiku surma põhjustamise või talle kehavigastuse või tervisekahjustuse tekitamise, siis on võimalik ka deliktiõiguslik vastutus. Seega on mittevabatahtliku eutanaasia korral võimalik esitada deliktist tulenev nõue tervishoiuteenuse osutaja vastu. Tervishoiuteenuse osutaja muude kohustuste (teavitamise ja teavitatud nõusoleku saamise kohustus, saladuse hoidmise kohustus ja dokumenteerimiskohustus) rikkumine saab deliktiõigusliku vastutuse kaasa tuua ainult erandjuhtudel VÕS § 1044 lg 2 alusel, kuna sätete eesmärk ei ole ära hoida kahju elule või tervisele, vaid eelkõige isikuõigustele. Lisaks on 41. peatüki sätetele võimalik käsundita asjaajamise regulatsiooni kohaldamine. Seda näiteks olukorras, kus tervishoiuteenuse osutaja asub teenust osutama otsusevõimetule patsiendile, kelle eeldatav või tegelik tahe on teenust mitte saada (näiteks terminaaalses seisundis patsient, kes on palunud ennast mitte elustada). Sellisel ei juhul ei teki lepingut VÕS §-st 759 tulenevalt, kuid kuna tegevus on avalikes huvides oluline, siis VÕS § 1018 lg 1 p-st 3 tuleneval tekib käsundita asjaajamise õigussuhe.⁸³

Tervishoiuteenuse osutamisel osalevad arstid ja õed vastutavad tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult, kuigi tervishoiutöötaja ei

⁸¹ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 293 jj.

⁸² Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. - RT I 2001, 50, 284 ... RT I, 10.07.2012, 4.

⁸³ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 293 jj.

ole lepingu pool, vastutab ta enda tegevuse eest solidaarselt tervishoiuteenuse osutajaga. Seda siis, kui tervishoiutöötajaga on sõlmitud tööleping või muu sellesarnane leping (teenuse osutamise leping). See põhimõte on sätestatud ka VÕS § 770 lg-s 1. Seadusandja on soovinud suurendada arsti tsiviilõiguslikku vastutust, kuna arsti kätte on usaldatud kõige väärtuslikumad õigushüved. Samas on tervishoiutöötaja varaline vastutus piiratud, mistõttu reaalsuses ei ole tervishoiutöötaja tsiviilvastutus ülemäära suur⁸⁴. Kokkuvõtvalt on võimalik nõudeid esitada arsti, õe ja tervishoiuteenuse osutaja vastu. Tsiviilõigusliku nõude esitamine oleks mõttekas ja eesmärgipärane tervishoiuteenuse osutaja vastu, kuna tõenäoliselt suudab juriidiline isik täita nõuet oluliselt lihtsamini ja kiiremalt kui füüsiline isik. Regressnõude esitamise läbi on kaitstud ka tervishoiuteenuse osutaja. Tervishoiuteenuse osutajal on õigus läbi viia uurimine distsiplinaarmenetluse korras selgitamaks välja arsti tegevuse õiguspärasus ja vastavus meditsiinieetikale, sealhulgas arsti otsuste õigustatust. Seeläbi võib tervishoiuteenuse osutajal tekkida regressnõude esitamise õigus arsti suhtes, kes on oma otsuste tegemisel eksinud.

Vastavalt kehtivale õigusele, VÕS § 762, peab tervishoiuteenus vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega. Vajaduse korral peab tervishoiuteenuse osutaja suunama patsiendi eriarsti juurde või kaasama eriarsti. Sättega täpsustatakse hoolsusstandardit ja kutseoskust. Lisaks on sätte eesmärgiks välistada patsiendi esitatud juhiste täitmine, mis läheksid vastuollu arstiteaduse üldise tasemega. Patsient ei saa nõuda sellise teenuse osutamist või teenuse osutamist sellisel viisil, mis oleks vastuolus arstiteaduse üldise tasemega. Selliste juhiste andmise õigust ei tulene VÕS §-st 621. Arstiteaduse üldine tase hõlmab neid ravimeetodeid, mis on sedavõrd levinud, et neid käsitletakse arstide väljaõppes või täienduskoolitustel. Arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel ravimine tähendab raviviga. Seega arstiteaduse üldise taseme kindlakstegemine tähendab vastuse leidmist küsimusele, kas raviarst tegutses vähemalt sama kvaliteetselt, nagu vastava eriala haritud ja kogenud arst. Arstiteaduse üldise taseme kindlakstegemiseks vaidlustes on vajalik eksperdiarvamus, kuid kohus ei ole sellega seotud ja peab vajadusel määrama kordusekspertiisi või täiendava ekspertiisi, samuti küsitلهma eksperte istungil. Lisaks selgitavad arstiteaduse üldist taset ravijuhised. Samas ei tähenda ravijuhiste puudumine, et arstiteaduse üldist taset konkreetse tervishoiuteenuse puhul ei ole võimalik kindlaks teha. Ravijuhisest kõrvalekaldumine ei ole

⁸⁴ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 294

automaatselt arstiteaduse üldise taseme rikkumine, kuid kõrvalkaldumiseks peab olema mõjuv põhjus, mille tõendamise koormis on tervishoiuteenuse osutajal. Ravijuhise täielik eiramine tähendab üldtunnustamata meetodi kasutamist on reguleeritud VÕS §-ga 763. Arstiteaduse üldine tase ei ole piiratud Eestiga, vaid tervishoiutöötajate vabast liikumisest tulenevalt Euroopa Liidu tasemega. Seejuures tuleb arvestada tervishoiuteenuse osutamiseks kasutada olevaid meditsiiniseadmeid ja ravimeid ning seda, mille eest Eesti Haigekassa tasub.⁸⁵

Kehtiva õiguse kohaselt ei ole Eesti võimalik teostada mitteabatahtlikku eutanaasiat, kuna tervishoiuteenust tohib osutada ilma nõusolekuta siis, kui on täidetud järgmised kolm tingimust:

1. Tervishoiuteenus on patsiendi huvides – näidustatud tervishoiuteenust võib pidada patsiendi huvides olevaks;
2. Tervishoiuteenus vastab patsiendi varem avaldatud või eeldatavale tahtele – tahe tehakse kindlaks mitte ainult patsiendi omaste kaudu, vaid ka muudest allikatest, näiteks patsiendiga kaasas olev elundidoonorluse kaart või arstile varem teada antud eelistuste või ravitestamendi abil;
3. Tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmine oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist – siinjuures tuleb võrrelda olukorda, millises seisundis oleks patsient tõenäoliselt siis, kui tervishoiuteenuse kohe ära osutataks võrreldes olukorraga, kui oodataks seadusliku esindaja seisukohta või möödub otsustusvõimetus.⁸⁶

VÕS § 767 lg 2 kohaselt loetakse omasteks patsiendi abikaasat, vanemaid, lapsi, õdesid ja vendi. Omasteks võib lugeda ka muid patsiendile lähedasi isikuid, kui see tuleneb patsiendi elukorraldusest. Omaste loetelu ei ole lõplik ega hierarhiline. Kõik sõltub patsiendi elukorraldusest, sellest tulenevalt võib lähedaseks olla ka vabaabielukaasa, patsienti põetav hooldustöötaja, vangis oleva isiku kambrikaaslane jne.⁸⁷

⁸⁵ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 299-301.

⁸⁶ *Ibid.* lk 308.

⁸⁷ *Ibid.*

3.3. Aktiivse eutanaasia teostamise tagajärjed

Käesolevas osas analüüsitakse, millised on soovitud eutanaasia teostamise võimalikud kriminaal- ja tsiviilõiguslikud tagajärjed. Kuna kehtiva õigusega ei ole otsesõnu keelatud või lubatud eutanaasia teostamine, on autori hinnangul põhjendatud hinnata, kas ja millised ohud eksisteerivad, kui teostataks soovitud eutanaasiat. Kuna isiku tapmine on karistatav KarS § 113 alusel ei uuri autor soovimatu eutanaasia tagajärge, sest on ilmselge, et soovimatu eutanaasia teostamisel on võimalik arst võtta vastutusele kriminaalkorras, samuti eksisteerivad alused tsiviilõiguslike nõuete esitamiseks.

Soovitud eutanaasia teostamisel on eelduslikult täidetud järgmised tingimused:

- Patsient sõlmis tervishoiuteenuse osutamise lepingu võlaõigusseaduse alusel;
- Patsient on surmavalt haige, tema piinad on talumatud ning lootus meditsiinilise seisundi paranemiseks puudub;
- Arst on patsiendile selgitanud tema meditsiinilist seisundit, sealhulgas asjaolu, et meditsiinilised võimalused seisundi muutmiseks puuduvad;
- Patsient on soovinud (ka kirjalikult) korduvalt tema piinade ja ebaväärika kohtlemise lõpetamist, mida kinnitavad teised meditsiinitöötajad (õed) ja/või patsiendi lähedased;
- Arst on lisanud patsiendi kirjaliku soovi ja/või kirjutanud selle patsiendi tervisekaarti;
- Arst on täitnud kõik seadusest tulenevad kohustused (sealhulgas hoolsus- ja dokumenteerimiskohustuse);
- Patsient suri arsti poolt teostatud aktiivse eutanaasia läbi.

Käesoleval juhul ei pea autor silmas patsienti, kes on niivõrd vana ja/või raskes seisundis, kellele võib surmavaks saada juba nõela torge ise, mistõttu ei sure patsient ravimi mõjul, vaid süstlanõela sisestamise tagajärjel.

3.3.1. Kriminaalõiguslikud tagajärjed

Eutanaasia puhul on teoks arsti poolt ravimi süstimine, mille tagajärjel patsient sureb. Eutanaasia on teostatud plaanipäraselt, mille tulemusel on patsient surnud ravimi toimeaine tõttu. Kui arst ei ole süstinud surmava mõjuga ravimit, ei oleks patsient surnud. Seega esineb teo ja tagajärje vahel põhjuslik seos.

Tapmise subjektiivse koosseisu täitmiseks piisab kaudsest tahtlusest. Juhul, kui esineb ettevaatamatus, kohaldub KarS § 117 (surma põhjustamine ettevaatamatusest), samas ei ole võimalik arsti puhul viimati nimetatud sätet kohaldada, kuna arst peab olema teadlik oma tegudest nagu ka võimalikest tagajärgedest. Eelnevalt kirjeldatud tingimustest lähtuvalt esineb arsti teos, tagajärjes ning põhjuslikus seoses vähemalt kavatsetus, millest tulenevalt on tuvastatud süüteo objektiivne ja subjektiivne koosseis. Kuid tuleb kontrollida, kas esineb arsti teos esineb õigusvastasust välistavaid asjaolusid.

KarS § 27 kohaselt on õigusvastasus välistatav KarS, muu seaduse, rahvusvahelise konventsiooni või rahvusvahelise tavaga. Õigusvastasust välistava asjaoluna saab käsitleda ka KarS §-s 30 sätestatud. Eutanaasia puhul on kollisioonis arsti professionaalsed kohustused patsiendi (inim)õigustega. Arstil on võimalik tugineda õigusvastasuse välistamiseks ka inimõigustele rahvusvahelise tasandil. Kui aga lähtuda Hollandi praktikast, kus isiku õigused autonoomiale, väärikusele, elule ja surmale on seatud kõrgemale arsti kohustustest, on kirjeldatud tingimustel teostatud eutanaasia puhul tegemist korrektse ja õiguspärase teoga ning esineb õigusvastasust välistav asjaolu KarS § 27 ja § 30 alusel. Kui lähtuda sellest, et patsiendi õigused ei kaalu üles arsti kohustust austada elu, mitte patsiendi tahet, on tegemist õigusvastase teoga ning õigusvastasust välistavad asjaolud puuduvad. Süüd välistavaid asjaolusid ei esine.

Kehtiva seaduse kohaselt on patsiendi tahteavalduse alusel võimalik teostada eutanaasiat, kuna esinevad õigusvastasust välistavad asjaolud KarS § 27, § 30 alusel. Arsti kasuks räägib asjaolu, et patsient nõudis temalt teo tegemist, mistõttu tuli arstil lähtuda isiku õigusest, mitte arsti kohustusest, ning kõik muud arstile seatud kohustused olid täidetud. Kui aga arst teostab eutanaasiat ilma patsiendi tahteavalduseta, on tegemist tapmisega KarS § 113 alusel ning õigusvastasust välistavad asjaolud puuduvad.

3.3.2. Tsiviilõiguslikud tagajärjed

VÕS § 772 lg 1 p 1 kohaselt lõpeb tervishoiuteenuse osutamise leping muu hulgas ühe lepingupoole surmaga. Käesoleval juhul on patsient surnud ning on täidetud seaduses sätestatud alus lepingu lõppemiseks. Kuid kas patsiendi pärijal võiks tekkida lepingulisi nõudeid arsti/tervishoiuteenuse osutaja vastu? Tervishoiuteenuse osutamise leping on käsundi tüüpi leping, millele kohalduvad üldnormidena VÕS 35. peatükis sätestatud normid. Kui aga erinormid annavad vastused tõusetunud probleemidele, tuleb lähtuda neist. Võlaõigusseaduse

kohaselt eeldatakse käsunduslepingu puhul, et see ei lõpe käsundiandja, vaid ainult käsundisaaja surmaga (VÕS §-d 632-633)⁸⁸. Tervishoiuteenuse iseloomust tulenevalt on patsiendi surm tervishoiuteenuse osutamise lepingu lõppemise aluseks. Tervishoiuteenuse osutaja poolt vaadatuna tuleb surm lepingu lõpetamise alusena kohaldamisele eelkõige FIE vormis tegutsevate perearstide ja eriarstide puhul⁸⁹. Kuigi VÕS § 632 lg 1 kohaselt ei lõpe käsundusleping käsundiandja surmaga, ei kehti käsundusleping edasi eelkõige siis, kui käsundi sisuks olid isikliku iseloomuga teenused⁹⁰, mida ka tervishoiuteenuse osutamine kindlasti on. Seega on käsundi tüüpi leping (tervishoiuteenuse osutamise leping) lõppenud. Eeltoodust lähtuvalt puuduvad lepingust tulenevalt nõuded tervishoiuteenuse osutaja vastu. Kui eutanaasiat teostatakse ilma nõusolekuta, ei muutuks tulemus lepinguliste nõuete puudumise osas, kuna tervishoiulepingust võimalikud nõuded ei ole autori hinnangul päritavad, mida kinnitab ka pärimisseaduse §-s 2 sätestatu, et pärandiks ei ole pärandaja õigused ja kohustused, mis seadusest tulenevalt või oma olemuselt on lahutamatult seotud pärandaja isikuga.

Culpa in contrahendo – nõude esitamine on võimalik, kui pooltevahel on toimunud enne lepingu sõlmimist läbirääkimised. Kuna antud olukorras puuduvad mistahes lepingueelsed läbirääkimised, ei esine nõude esitamise aluseid.

Käsundita asjaajamine – nõude esitamise eelduseks on teise isiku kasuks millegi tegemist ilma lepingust või seadusest tuleneva aluseta selle isiku soodustamise eesmärgil⁹¹. Kuna patsient oli sõlminud käsunduslepingu tervishoiuteenuse osutajaga ning nõudis eutanaasia teostamist, ei ole täidetud seaduses sätestatud eeldused ning alused käsundita asjaajamise alusel nõude esitamiseks puuduvad. Küll aga võib tekkida käsundita asjaajamise alusel nõue omastel, kui eutanaasia viidi läbi ilma patsiendi nõusolekuta. Sellisel juhul tuleb arstil (tervishoiuteenuse osutajal) tõendada, et nõusolek eutanaasiaks oli antud. Juhul, kui seda ei suudeta tõendada, võiks nõuda mittevaralise (moraalse) ja varalise kahju hüvitamist.

Asjaõiguslike nõuete esitamine on võimalik, kui pooltevahel on asjaõiguslikud suhted. Kuna aga need puuduvad patsiendi, pärija ja/või tervishoiuteenuse osutaja vahel, ei esine aluseid

⁸⁸ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 31-32.

⁸⁹ *Ibid.* lk 314.

⁹⁰ *Ibid.* lk 32.

⁹¹ *Ibid.* lk 564.

asjaõigusest tulenevate nõuete esitamiseks.

Deliktiõiguslikud nõuded – delikti üldkoosseisu kohaselt peab olema süülise teo tagajärjel tekitatud õigusvastane kahju. Deliktiõiguslikult tekitatud kahju hüvitamise nõue ja kohustus võivad üle minna õigusjärgluse korras. Füüsilise isiku surma korral võivad kahju hüvitamise nõuded ja kohustused üle minna kas pärandvara koosseisus või testamentaarse annakuna. Pärimise korral ei lähe pärijale üle pärandaja õigused ja kohustused, mis seadusest tulenevalt või oma olemuselt on lahutamatult seotud pärandaja isikuga (PärS § 2, TsÜS § 6 lg 1).⁹² Tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 6 lg 1 kohaselt võivad tsiviilõigused ja -kohustused üle minna ühelt isikult teisele (õigusjärglus), kui need ei ole seadusest tulenevalt isikuga lahutamatult seotud. Eutanaasia on lahutamatult seotud isikuga ja inimõigustega. Inimõigusi ei ole võimalik parandada, need on igal isikul iseseisvalt. Õigusjärglus saab tekkida aga tsiviilõiguste osas.

Tervishoiuteenuse lepingu eesmärgiks on osutada patsiendile vastavat teenust, lepinguga reguleeritakse patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahelist tsiviilõiguslikku suhet, mille täitmist on võimalik nõuda patsiendil (või teatud juhtudel tema eestkostjal, esindajal), vaatama lepingu tsiviilõiguslikust iseloomust, tagatakse sellega isiku lahutamatult seotud õiguste kaitset. Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kaasnevad õigused ja kohustused ei ole päritavad. Samas võib õigusjärglasel tekkida iseseisvalt õigus nõuda õigusvastaselt tekitatud kahju hüvitamist, kuid mitte vabatahtliku (patsiendi nõudmisel teostatud) eutanaasia puhul, vaid soovimatu eutanaasia korral. Kui isik avaldas tahet suremiseks, ei saa tema õigusjärglane tema tahet tagasi võtta ning sellest tulenevalt alustada nõuete esitamist. Arvestades, et arst tegutses lähtuvalt patsiendi tahtest ning austas seeläbi tema (inim)õigusi, ei esine arsti tegevuses süüd ehk ei ole tekitatud süüliselt kahju, ning seega ei ole täidetud deliktiõigusliku nõude rahuldamise eeldused. Samadel põhjustel oleks ebatõenäoline ka mittevaralise kahju hüvitamine. Vastupidised tagajärjed esineksid jällegi soovimatu eutanaasia puhul, mil arst ning tervishoiuteenuse osutaja peaksid olema valmis varaliste ja mittevaraliste kahju nõuete esitamise osas.

Alusetust rikastumisest tulenevad nõuded – alusetu rikastumisega puhul peab isik andma teisele isikule välja temalt õigusliku aluseta saadu. Eutanaasia korral võtab arsti patsiendi elu,

⁹² P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009, lk 622-624.

mida ei ole aga võimalik tagastada. Seetõttu ei ole võimalik esitada alusetust rikastumisest tulenevat nõuet tervishoiuteenuse osutaja vastu. Ükskõik millisel viisi teostatud eutanaasia korral.

Muud nõuded – Lähtudes patsiendi tahtest on välistatud ka muude seadusest tulenevate nõuete esitamine tervishoiuteenuse osutaja vastu, kuna tervishoiuteenuse osutaja ei tegutse patsiendi õigusi rikkudes. Kui aga tervishoiuteenuse osutaja tegutseb patsiendi õigusi rikkudes, tekib kannatanul õigus nõuda näiteks toitja kaotuse korral elatist tapmises süüdimõistetud arstilt.

Käesoleval juhul on tegemist autori hinnanguga kehtiva seaduse alusel. Samas võib olukord muutuda kohtupraktika läbi. Seniks kuni puudub kohtupraktika, sõltub eutanaasia õiguslikkus ning võimalike kriminaal- ja tsiviilõiguslike nõuete esitamine osapoolde argumentatsioonist, üldistest hinnangutes ja õiguslikest positsioonidest. Tõde kehtiva õiguse alusel puudub.

4. EUTANAASIA VÕIMALIK REGULATSIOON EESTIS

4.1. Regulatsiooni eesmärgid ja vajalikkus

Nagu korduvalt on märgitud, sisaldab aktiivne eutanaasia endas teise isiku tahtliku tapmist. Seega on ilmselgeks takistuseks selle seadustamisel õigus elule. Seal, kus eutanaasia on seadustatud, alahinnatakse elu selle viimastes aastates. Ebaselge on, kas eutanaasia üle teostatav järelevalve on võimeline efektiivselt minimaliseerima kuritarvitamise ulatust kompetentsete ja ebakompetentsete patsientide puhul. Tõenäoliselt survestaks eutanaasia seadustamine ka mittevabatahtliku eutanaasia seadustamist, kuid käesolevas osas analüüsitakse ja tehakse ettepanekuid aktiivse eutanaasia seadustamiseks.

Vältimaks eutanaasia teostamist valedel alustel ja isiku soovimatut surma, tuleb see seadusega reguleerida. Võimaliku regulatsiooni aluseks võetakse käesolevas töös Hollandis kehtestatud seadus⁹³. Nimelt on Hollandis loodud terviklik süsteem nii eeltingimuste kui ka järelevalve osas, et kaitsta nii patsiendi huve kui ka arsti õigusi ja kohustusi. Seaduse kõige olulisem jõud väljendub selles, et eutanaasia läbiviimisel ei järgne kriminaalsüüdistust isiku tapmises. Seaduse kehtestamine seab kindlad alused, millal on eutanaasia õigustatud ja dekriminaliseeritud, kuid annab ühtlasi aluse arsti vastutusele võtmiseks nii kriminaal- kui tsiviilkorras kui eutanaasia teostamiseks alus puudub. Samuti luuakse järelevalvesüsteem, mis tagab eutanaasia seaduslikkuse. Juhul, kui seadust rikutakse järgnevad sellele vastavad õiguslikud tagajärjed. Järelevalve teostamiseks tuleb luua eraldiseisvad ja sõltumatud komisjonid. Eesti tervishoiusüsteemist lähtuvalt oleks võimalik laiendada Terviseameti haldusala, kuhu alla võiks kuuluda ka eutanaasia osas järelevalvet teostav komisjon.

Autori hinnangul on põhjendatud võtta uue regulatsiooni loomisel aluseks Hollandis kehtiv õigus ja praktika, kus võrreldes teiste riikidega, kus eutanaasia on mingis vormis seadustatud, on pikim. Samuti on Holland läbinud olulised murdepunktid ning erialase teabe hulk, millele tugineda, on mahukas. Selliselt on käitunud ka näiteks Belgia. Kuid nagu ka käesoleva töö alguses selgus, võidakse eutanaasiaks pidada seda, mis tegelikult seda ei ole, mistõttu tuleb määratleda kindel tegu, mida seadustatakse. Autor on seisukohal, et seadustatud peaks olema soovitud aktiivne eutanaasia terminiaalselt haigete patsientide piinade lõpetamiseks, teo täideviijaks arst. Elu ei tohi võtta tervelt inimeselt, kes on veel võimeline oma õiguse ja

⁹³ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Autori tõlge: isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadus. Arvutivõrgus: http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_01-05-2013 (01.05.2013).

kohustusi täitma. Tervel isikul ei ole õigust nõuda eutanaasia teostamist enda suhtes. Iga mõistlik inimene saab aru, et tegemist ei oleks pädeva otsusega, kui terve inimene sooviks eutanaasia teostamist. Riik kaitseb isiku õigust elule läbi taoliste absurdsete nõudmiste täideviimise takistamise, kuigi enesetapp ei ole keelatud. Kui eutanaasiat nõuab aga isik, kes on terminaalset haige, kelle olukord saab minna meditsiiniliselt vaid raskemaks ja piinarikkamaks, siis sellisel juhul peab üheaegselt kaitsma isiku õigust elule ning, hinnates olukorda kaugemalt, austama isiku sotsiaalseid õigusi, nagu õigust enesemääramisele ja autonoomiale. Autori hinnangul peaks seega riik andma isikule võimaluse läbi eutanaasia surra eesmärgil, et ta päästetaks piinadest ja kannatustest. Hollandis eristatakse tabelis 3 märgitud tegusid.

Tabel 3. Liigitus Hollandis

Meditsiiniline käsitlus		Tegu	Isiku kaitstavad õigused/ printsiibid	Seaduslik alus / eeldused
Tavapärane arstipraksis		Austatakse patsiendi otsust ravist keelduda	Autonoomia	Raviks on vajalik patsiendi nõusolek
		Ravist hoidumine/ kasutu elupikendava ravi lõpetamine	Mitte teha rohkem kahju	Meditsiiniline erand
		Valu leevendamine elulühendavalt	Kaastunne	
Elu-lõpetamine	Soovitud	Aktiivne eutanaasia	Kaastunne, autonoomia	Konkureeriva õiguse kaitsmine
		Assisteeritud enesetapp		
	Soovimatu	Soovimatu elulõpetamine	Kaastunne	

Allikas: J. Griffiths *et al.* Euthanasia and Law in Europe⁹⁴

Kui patsient keeldub elupikendavast ravist, on arst kohustatud seda otsust austama ning see kohaldub ka mittekompotentse patsiendi puhul, kes sel hetkel, kui juhendi annab, on selleks

⁹⁴ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 53

pädev ja teatab soovist keelduda ravist vastavalt ravijuhendile.⁹⁵ Elupikendavast ravist hoidumine tulenevalt asjaolust, et ravi on kasutu ja valu leevendava ravimi andmine, vaatamata faktile, et see võib tuua kaasa patsiendi surma, on kui normaalne arstipraksis ning tegemist on meditsiinilise erandiga, mis lubab arstil tegutseda selliselt, mis isiku korral oleks kriminaalkorras karistatav.⁹⁶ Elulõpetamine on oma printsiibilt mõrv. Hollandis on aktiivne eutanaasia ja assisteeritud enesetapp seaduslik, kui seda teostab arst patsiendi selgesõnalisel nõudmisel. Soovimatu elulõpetamine on teatud piiratud juhtudel samuti seaduslik⁹⁷. Kui seadustatakse vaid üks tegu, ei tähenda see, et teised tabelis 3 märgitud teod jääksid reguleerimata nõ halli kasti. Kindlasti tuleb seaduses äramärkida konkreetsete teod, mille korral välistatakse arsti kriminaal- ja tsiviilvastutus ning teod, mille puhul mitte.

Eutanaasia seadustamise vajalikkust toetavad ka seni Eestis tehtud küsitlused ja nende tulemused. Nimelt viidi 1995. aastal läbi küsitlus vähihaigete seas, mille tulemustest selgus, et 58% haigetest aktsepteeris eutanaasia teostamise valikut, 22% olid kahtleval seisukohal, vastates võibolla, 15% ei osanud antud küsimusele vastata ning 5% patsientidest olid eutanaasia vastu⁹⁸. EMOR poolt 1996. aastal teostatud küsitluse käigus sooviti saada 254 Tallinna elanikult seisukohta halastussurma osas, kui patsiendi seisundit ei ole meditsiiniliselt võimalik parandada ning teda hoitakse mehhaaniliselt elus. Küsitluse tulemustest selgus, et 60% oli poolt, 27% vastu ning 13% ei osanud küsimusele vastata.⁹⁹ Arstide seas viis eutanaasia teemal läbi küsitluse Tartu Ülikooli Radioloogia ja Onkoloogia Kliinik (1997. ja 1998. aastate alguses), mille käigus küsitleti kokku 405 arsti. Eutanaasia teostamist pooldas aga arstidest 40%, selle vastu olid 48% ning 12% ei osanud vastata.¹⁰⁰ Kümme aastat hiljem viidi Postimehe internetiväljaandes läbi *online*väitlus, mille käigus tehti *gallup*küsitlus, milles osales 579 inimest ning kellest 57% olid aktiivse eutanaasia poolt ning 43% vastu¹⁰¹. Kaia Hälvin on 2012. aastal kaitstud magistritöö raames viinud läbi empiirilise uuringu prokuröride

⁹⁵ C.Vezzoni. Advance Treatment Directives and Autonomy for Incompetent Patients in Law and Practice. Lampeter, Ceredigion (Wales): The Edwin Mellen Press 2008.

⁹⁶ H. Leenen. Handbook of Health Law. Vol 1: Individual Rights in the Context of Medical Care, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 2000, lk 357-74.

⁹⁷ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 54

⁹⁸ R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. Eesti Arst 1999, nr 1.

⁹⁹ K. Kirss. Arst võib võtta valu, mitte elu. Eesti Päevaleht, 1.4.1996.

¹⁰⁰ R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. Eesti Arst 1999, nr 1.

¹⁰¹ A. Raun. *Online*-väitlus: eutanaasia tuleb Eestis seadustada. Postimees, 08.02.2010. – Arvutivõrgus: <http://www.postimees.ee/221969/online-vaitlus-eutanaasia-tuleb-eestis-seadustada/> (01.05.2013).

(47 inimest), kohtunike (48 inimest), advokaatide (97 inimest) ja arstide (115 inimest) seas, millest võttis osa kokku 307 inimest. Arvestades, et uuringu läbiviimisest on möödunud ligikaudu aasta, on käesoleval töö autor seisukohal, et uue uuringu läbiviimine käesoleva magistritöö raames ei ole otstarbekas ega vajalik. Uuringu tulemustest nähtub, et 60% prokuröridest, 72% advokaatidest, 66% kohtunikest ja 68% arstidest on eutanaasia poolt.¹⁰²

4.2. Regulatsiooni kirjeldus ja ülesehitus

Holland selgitab eutanaasia mõistet läbi karistusseaduse § 293, mille kohaselt on inimene, kes võtab teise inimese elu tema väljendatud ja siiral nõudmisel, süüdi tõsisel kuritöös.¹⁰³ Sätte eesmärk on muuta elu lõpetamine isiku soovil väiksemaks kuritööks kui mõrv. Üldiselt on eutanaasia mõiste kaetud kõigega, millele viidatakse kui meditsiiniline käitumine, mis potentsiaalselt lõpetab elu. Tihti peale ei tehta aga vahet passiivsel, kaudsel, soovimatul ja soovitud eutanaasial, kuigi erinevused on kategoorilised. Soovitud aktiivne eutanaasia ehk elu lõpetamine, mis väljendub teos või käitumises, on:

- mis põhjustab patsiendi surma;
- tegu on õiguslikus tähenduses tahtlik, täideviidud teadmise ja arusaamisega, et isik sureb (tegemist ei ole õnnetusega);
- hõlmab endas ravimi süstimist:
 - mis (arvestades kogust) ei ole meditsiiniliselt näidustatud leevendamaks patsiendi piinu;
 - või mis hõlmab endas meditsiiniliselt kasutu ravi tagasihoidmist või lõpetamist ja ei ole keelatud patsiendi või tema esindaja poolt.

Autori hinnangul tuleks seadustada soovitud aktiivne eutanaasia. Selleks peab seadus sätestama konkreetsed tingimused, teostamise reeglid ja põhimõtted, mille järgides võib arst olla kindel, et tema teole ei järgne kriminaalsüüdistusi/tsiviilnõudeid.

Patsiendi tapmine arsti poolt ilma tema selgesõnalise ja siira nõudmiseta (soovimatu eutanaasia) võib (aga ei pruugi) olla õigustatud ning sellisel juhul ei ole tegemist seadusliku eutanaasiaga. Seda käsitletakse Hollandis elu lõpetamisena ilma selgesõnalise soovita.

¹⁰² K. Hälvin. Eutanaasia teistes riikides ja homses Eestis. Tartu: Tartu Ülikool, 2012, lk 68-69.

¹⁰³ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Autori tõlge: isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadus. Arvutivõrgus: http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_01-05-2013 (01.05.2013).

Süüdistus esitatakse sellises olukorras mõrvas. Sarnaselt Hollandiga saabuksid sellises olukorras Eestis samasugused tagajärjed. Isik, kes tahtlikult ja teadlikult assisteerib enesetappu või tagab vastavad vahendid selle teostamiseks, on süüdi tõsises kuriteos, kui enesetapp leiab aset. Kui aga enesetappu assisteerib arst, ei ole tegemist seaduse rikkumisega, kuna ka assisteeritud enesetapu puhul tuleb väljendada selgesõnaliselt soovi suremiseks ning paluda vajalike vahendeid/ravimeid. Nagu ka eutanaasia puhul peab assisteeritud enesetapu teostamiseks olema sarnases meditsiinilises seisundis. Samas ei saa neid tegusid karistusõiguslikult võrdsustada, seda tuleb silmas pidada ka sanktsioonide määramisel.

4.3. Eutanaasia sisulised ja protseduurilised tingimused

Karistusseadusega on võimalik anda läbi erandi arstidele õigus võtta isiku elu läbi eutanaasia või assisteeritud enesetapu. Seda juhul, kui täidetakse kõiki seadusest tulenevaid kohustusi, sealhulgas hoolsuskohustust ja tingimusi ning teavitamiskohustust. Eutanaasia puhul on lisaks eelnevale olulisteks tingimusteks konsultatsioon ja raporteerimine, mis on seadusega kohustuslikuks *sine qua non* kaitseks. Eutanaasiat on võimalik teostada järgmiste tingimuste täimisel:

1. Patsiendi soov on vabatahtlik ja hoolikalt läbimõeldud;
2. Tahteavaldus on esitatud kirjalikult või taasesitamist võimaldavas vormis või muul viisil salvestatud kujul;
3. Patsiendi piinad ja kannatused on talumatud ja tal puudub mistahes võimalus tervenemiseks;
4. Arst on informeerinud patsienti tema seisundist ja võimalustest;
5. Arst ja patsient on veendunud, et puuduvad mõistlikud alternatiivid arvestades patsiendi seisundit;
6. Arst on konsulteerinud vähemalt ühe sõltumatu arstiga, kes on kohtunud patsiendiga ja esitanud kirjaliku arvamuse hoolsuskohustuse kriteeriumite täitmise osas;
7. Arst peab patsiendi elu lõpetamisel olema hoolas ja tähelepanelik, viibima patsiendi kõrval;
8. Arst raporteerib toimunust patoloogile ning täidab teavitamiskohustust. Raportis ei kajastata patsiendi surma kui loomulik surm.

Tegemist ei ole kinnise kataloogiga.

Arst, kes teostab eutanaasiat (või kaalub seda) on samuti ka mitmete õiguslike reeglite

subjekt. Need tulenevad eelkõige tervishoiuteenuse osutamise lepingust, mille kohaselt peab teenus vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele ning olema teostatud tavaliselt oodatava hoolega.

Loodav regulatsioon peab endas hõlmama ka mõisteid nagu teavitatud tahteavaldus, privaatsus ja konfidentsiaalsus, ebapädevate patsientide esindamine, dokumenteerimine jne, mis küll on osaliselt hõlmatud võlaõiguse, tsiviilseadustiku üldosa seaduse jt. seadustega. Vaatamata olemasolevale ja kehtivale õigusele, peab loodav regulatsioon sisaldama vähemalt vastavaid viiteid kehtivatele sätetele muudest seadustest, millest tuleb arstil lähtuda. Rõhutada tuleb, et tegemist on sätetega, mis kohalduvad vaid arstidele ning mitte kellelegi teisele. Juhul, kui eutanaasiat sooritab keegi teine, on tegemist tapmisega/mõrvaga. Autori hinnangul peavad seaduses olema kindlasti reguleeritud järgmistes alapunktides märgitud tingimused.

4.3.1. Patsiendi tahteavaldus

Patsiendi tahteavaldus peab olema vabatahtlik ja hoolikalt läbimõeldud. Lisaks peab tahteavaldus olema:

1. Kirjalikult või taasesitamist võimaldavas vormis/ muul viisil salvestatud/ tunnistajate juuresolekul tehtud tahteavalduse esitamise nõue peab tulenema seadusest. Kuigi seda Hollandis seadus ei nõua. Arsti seisukohalt oleks parim, kui patsient on kohustatud esitama kirjaliku nõudmise eutanaasia teostamiseks, kuna seeläbi on võimalik arstil tõendada patsiendi tegelikku tahet, kui selles osas peaks tekkima vaidlus. Kirjalik tahteavaldus tuleks sellisel juhul teha patsiendi poolt veel siis, kui ta on pädev soovi avaldama (otsustusvõimeline). Sarnaselt surma põhjuse tuvastamise seaduse § 24 lg-le 1^a võiks kõne alla tulla ka patsiendi tahte väljendamine eutanaasia läbiviimiseks, kinnitades seda digitaalallkirjaga näiteks tervise infosüsteemi kaudu.
2. Konkreetne tahteavaldus peab olema tehtud mõni aeg enne eutanaasia läbiviimist. Ajaline kaugus kahe teo vahel võiks vaid ekstreemsetes ja erandkordades olla lühem kui ööpäev. Tahteavaldus tuleks esitada patsiendi poolt veel siis, kui ta on seda pädev tegema, samas teadlik oma seisundist ja võimalikest alternatiivides seoses haigusega. Kuid mitte ka niivõrd hilja, et patsient on tulenevalt haigusest kaotanud võime end piisavalt selgelt väljendada. Kuna patsiendi otsus peab olema ratsionaalne ning tehtud otsustusvõimelisena. Tahteavalduse esitamise järel tuleb arstil ja teisel sõltumatul arstil hinnata patsiendi seisundit esitatud tahteavalduse

valguses. Tingimuslike tahteavalduste esitamine (nt mõned aastad varem) peaksid olema ülekinnitatud lühidalt enne eutanaasia teostamist ja tehtud selgeks, et ta soovib eutanaasiat just sellises olukorras. Tahteavaldus peab olema vabatahtlik ja hoolikalt läbimõeldud.

3. Arst on kohustatud informeerima patsienti täielikult tema olukorrast, prognoosidest ja võimalikest ravimeetoditest. Antud nõue tuleneb nii sisulistest kui ka protseduurilistest reeglitest, mida tuleb arstil hoolsuskohustuse ja seaduse järgimiseks igapäevaselt täita. Oluline on, et arstil oleks patsiendiga avatud suhe.
4. Tahteavaldus peab olema vabatahtlik, nagu teisedki patsiendi meditsiinilised otsused. Esineda ei või otsest ega kaudset survet. Teinekord võib patsiendi perekond olla patsiendi või arsti survestajaks, et lõpetada isiku piinad. Kuid mure olla kellelegi koormaks ei tohi olla ainsaks eutanaasia soovimise põhjuseks. Tavalist olukorda saab välistada arsti-patsiendi suhte avatuse läbi. Kui arst saab patsiendiga vabalt suhelda, on arstil võimalik selgitada välja, kas patsient on otsuse langetanud manipulatsiooni tõttu või on tegemist patsiendi enda sooviga.
5. Kui tekib kahtlus, et tahteavaldus on tehtud tulenevalt patsiendi halvenenud seisundist/ manipulatsioonist, tuleb arstil kaasata iseseisvaks hindajaks psühhiaater. Psühhiaater hindab, kas patsient on võimeline aduma enda seisundit ja langetama pädevaid, enda suhtes kahjutuid otsuseid, ning et patsiendi tahe on manipulatsioonist vaba.
6. Varasema tahtavalduste tegemine peaks olema võimalik. Süsteem võiks toimida sarnaselt organidoonorikaardiga, kuhu talletatakse vajalik informatsioon või muul moel olla seotud isikuandmetega, näiteks digitaalallkirjaga kinnituse andmine tervise infosüsteemi kaudu. Samas kui eelnev nõusolek on tehtud isiku poolt, kes ei olnud sel hetkel haige, siis surmavalt haigeks jäämise korral, tuleb tal antud tahteavaldus uuesti kinnitada. Selliselt antaks näiteks dementsetele patsientidele ja vähihaigetele võimalus, arvestades haiguse võimaliku ajalist kulgu, anda kirjalik nõusolek.

Kokkuvõtvalt peab patsiendi tahteavaldus olema kirjalik ja vaba manipulatsioonist ning esitatud õigeaegselt, informeeritult, teadlikult. Autori hinnangul ei ole tegemist suletud loeteluga ning kõiki kaasusi tuleb hinnata eraldiseisvalt lähtuvalt asjaoludest.

4.3.2. Talumatud ja lootusetud kannatused

Eutanaasia teostamiseks peab patsiendi kannatused talumatud ning tema seisund ilma paranemise väljavaateta. See, kas patsiendi kannatus on lootusetu ja ilma paranemise väljavaateta, langeb meditsiinilise kompetentsi alla. Patsiendi kannatused on ilma paranemise väljavaateta, kui tema seisundi tervendamiseks ei eksisteeri vastavat ravi. Terminaalse haiguse või seisundiga on tegemist siis, kui see põhjustab piina, ei ole ravitav ning puudub reaalne võimalus sümptomeid leevendada. Reaalsest väljavaatest on võimalik rääkida, kui esineb tasakaal leevendavate meetodite abil tervenemise ja kohustuse vahel, mis selline ravi endaga kaasa toob. Seda, kas kannatus on talumatu, on võimalik hinnata vaid subjektiivselt, mis on seotud patsiendi perspektiivi, tema isiksuse, normide ja väärtustega. Tegemist peab olema suureneva füüsilise halvenemisega ja sõltuvusega ning väärikuse kadumisega või saabuva kannatusega. Asjaolu, et meditsiiniline seisund ei ole surmav, nt Parkinsoni tõbi, insult, dementsus, mängib peamist rolli hindamaks patsiendi talumatuid kannatusi. Kannatused ei hõlma endas ainult valu, aga ka invaliidsust, liikumatust, sõltuvust teistest. Patsiendi enese maksmapanek talumatute kannatuste puhul on arsti hindamise objektiks. Kannatus peab olema teadlik ja teadvustatud. Eriolukordades võiks oigamine, silmad pilgutamine, raskendatud hingamine indikeerida piinades olekut.

Hollandis ollakse seisukohal, et koomas olev patsient ei kannata ning seega ei ole täidetud talumatu kannatuse kogemine. Arstid peaksid olema selles olukorras eriti ettevaatlikud. Hollandis ei ole enne koomalangemist tehtud tahteavaldus arstile enam siduv, kuna koomas olles enamasti inimene ei kannata. Arsti, kes sellistel tingimustel eutanaasiat siiski teostab, võib vastutusele võtta.¹⁰⁴

4.3.3. Arst

Arstil tuleb patsiendile selgitada kõiki asjaolusid ja võimalike tagajärgi, mis tema poolt osutatava raviga kaasneks. Kõiki asjaolusid arvestades on patsiendil võimalik teha omapoolne valik. Juhul, kui patsient pakutud ravist loobub, peab arst patsiendi keeldumist aktsepteerima ning lähtuma tema soovist. Eutanaasia seadustamisel ei ole oluline roll ainult patsiendi autonoomial, vaid ka kannatuste leevendamisel, mida ei ole võimalik teha arstipraksist

¹⁰⁴ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 90.

järgides.

Loodava seaduse alusel võib eutanaasiat teostada vaid arst. Seeläbi suudetakse tagada järelevalve eutanaasia üle, vastupidisel juhul mitte. Vastutustvõttev isik peab olema selgelt tuvastatav. Kui patsienti ravivad mitu arsti, ei ole võimalik määrata, kes on vastutav arst – sellistes olukordades puudub üks raviarst ning eutanaasia tingimuste täimist tuleb hinnata ühiselt, samuti esitatakse ühine raport. Kui on võimalik, peab olema märgitud, kes on patsiendi vastutav raviarst.

4.3.4. Konsultatsioon

Hollandi kehtiv seadus nõuab, et arst konsulteeriks vähemalt ühe sõltumatu kolleegiga, kes tutvub patsiendi toimikuga ning esitab kirjaliku raporti. Sellega seoses võivad kerkida aga küsimused konsulteeritava arsti sõltumatuses, pädevuses, konsultatsiooni õigeaegsuses ja kvaliteedis ning kas konsultant peab nõustuma raviarsti otsusega. Samas on oluline, et konsultatsiooni teostataks, et välistada raviarsti võimalikke subjektiivseid ja võibolla ka väärasid otsuseid seoses patsiendi elu lõpetamisega. Konsultatsiooni korrektseks teostamiseks peab see vastama vähemalt järgmistele tingimustele:

1. Arvestades, et meditsiiniliste otsuste tegemine, nagu diagnoosi määramine, prognooside tegemine, alternatiivsete ravide määramine, leevendava ravi võimalused, on keeruline, tõstab konsultatsiooni teostamine meditsiiniliste otsuste kvaliteeti.
2. Teatud olukordades tuleb arstil hinnata subjektiivseid asjaolusid, näiteks kas patsiendi otsust ravist keelduda on mõistlik, ning konsultatsioon tagab, et lõpliku otsuse tegemisel on arvestatud kõiki asjaolusid.
3. Paljude arsti jaoks ei oleks eutanaasia teostamine igapäevane arstipraksis, mistõttu on oluline teada kõiki tingimusi eutanaasia aktsepteerimiseks ja teostamiseks, ning selleks peab olema arst ja patsient informeeritud.
4. Kui arst teab, et tal tuleb konsulteerida ka sõltumatu kolleegiga, püüab ta teha enda poolt kõik õiged valikud ja otsused, seega saab arst tugineda konsulteerimise vajalikkusele, kui ta leiab, et patsiendi valikud on ebapädevad.
5. Konsultatsioon tagab, et ei teostataks ebavajalikku eutanaasiat. Konsultant peab veenduma, et eutanaasia teostamiseks on kõik vajalikud tingimused täidetud.
6. Konsultatsioon annab ühtlasi kindluse raviarstile, teades, et samale järeldusele on jõudnud ka sõltumatu arst.

Lisaks eelnevale peab aga konsultant olema ka pädev hindama patsiendi seisundit, et garanteerida õige käitumisviis, kvaliteet ja kontrollitavus. Leitakse, et psühhiaatri kaasamine ei ole vale, kuna seeläbi hinnatakse patsiendi vaimset tervist. Kuid psühhiaatri kaasamisel tuleb silmas pidada, et konsultant peab suutma anda piisava selgituse ning tagada kõigi konsultatsioonile seatud tingimuste täitmise, eelkõige hoolsuskohustuse täitmise. Kui konsultatsiooni kaasatakse psühholoog, ei tohiks see välistada kolmanda arsti kaasamist, kes sellisel juhul hindaks meditsiinilisi asjaolusid, mis kasvataks ka lõppotsuste õigsust ja jällegi kindlustaks raviarsti positsiooni eutanaasia teostamisel.

Konsultatsiooni ei tohiks edasi lükata kuniks see ei ole enam teostatav, kas patsiendi füüsilisest seisundist tulenevalt või kuna patsient ei ole enam võimeline suhtlema. Kui aga konsultatsioon viiakse läbi staadiumis, kus patsient ei kannata piinade käes, tuleks viia läbi täiendav konsultatsioon siis, kui patsiendi kannatused on muutunud talumatuks. Sedamoodi tuleb käituda ka sellisel juhul, kui patsient on andnud varem tingimusliku nõusoleku eutanaasia teostamiseks. Teistkordne konsultatsiooni teostamine sõltub patsiendi eelnevast ja hetkelisest seisundist. Kui patsient ei kannatanud esimese konsultatsiooni ajal ilmselgelt piinade käes, peab teine konsultatsiooni vastama reeglitele ja viidama läbi täies mahus.

Nagu eelpool kirjeldatud peab konsulteeriv arst olema sõltumatu ning seda nii arstist kui patsiendist. Autori hinnangul võib konsulteeriva arsti sõltumatus saada saatuslikuks väikeses riigis nagu Eesti, kus arste on vähe ja suhtlus teiste praktikutega tihe. Samas ei saa pidada põhjendatuks, et sõltumatuse tagamiseks peaks arstid olema võhivõõrad. Seega peaks Eesti puhul antud kriteeriumist lähtudes seadma väga täpsed tingimused, kes saab olla konsulteeriv arst, näiteks peaks konsultant olema teisest haiglast või tuleks konsultatsiooni teostamiseks luua eraldiseisev komisjon, kelle pädevuses oleks eutanaasia teostamiseks eeltingimuste täitmise hindamine. Eraldi komisjoni loomine saaks kindlasti ka arstide poolehoidu, kuna komisjoni kinnitus omaks õiguslikku tähendust.

Kuna konsultatsiooni puhul on tegemist õigusliku toiminguga, peab konsultant olema valmis ka vastutama antud hinnangu eest, et eutanaasia teostamiseks vajalikud tingimused täideti. Hollandis tagatakse sõltumatud konsultandid läbi vastava programmi (*Support and Consultation for Euthanasia in the Netherlands*; SCEN). Praktika kohaselt on antud programm ennast tõestanud. Konsultatsioonide kvaliteet on kõrge ning esitatavad dokumendid on põhjalikult koostatud. Kuna arstide puhul on tõdetud, et teatud määral on raportid liiga üldsõnalised.

Kui konsultandi hinnang on negatiivne, on arstil õigus küsida arvamust ka teiselt konsultandilt. Kui ka teise konsultandi hinnang on negatiivne, ei tohi arst eutanaasiat teostada. Samas, kui arst vaatamata eriarvamustele viib eutanaasia läbi, peab ta oma tegu õigustama ja selgitama, kuna lõpliku otsuse (eriarvamuse korral) teeb raviarst.

4.3.5. Teised hoolsuskohustuse tingimused

Hollandis on eutanaasia teostamine piisava meditsiinilise hoole ja tähelepanuga pannud aluse mõnede probleemide tõusetumiseks. Kuningliku Hollandi Farmakoloogilise Assotsiatsiooni (KNMP¹⁰⁵) poolt kinnitamata ravimi kasutamine eutanaasia teostamiseks on oma printsiibilt hoolsuskohustuse rikkumine. Praktikas on aga probleemiks morfiini kasutamine, kuna seda on mitmed aastad loetud sobimatuks. Lisaks esineb morfiini kasutamisele ka teisi hoolsuskohustuse rikkumisi, näiteks ei ole eutanaasia tegemise ajal arst patsiendi kõrval ning surmava koguse ravimit süstib õde. Arsti kohaloleku tingib eutanaasia teostamise üle kontrolli omamine. Arsti kohaloleku tingib eutanaasia teostamise üle kontrolli omamine. Arstil tuleb tagada, et surm oleks humanne ja ravimi mõju efektiivne, arst peab olema valmis vajadusel sekkuma. Samuti on arsti kohustuseks fikseerida surmaaeg ja eutanaasia teostamisest õigeaegselt raporteerida. Samas on teatud asjaoludel esinemisel aktsepteeritud seda, et arst lahkub patsiendi kõrvalt, näiteks kui patsient soovib üksinda surra või haiglas esinev olukord nõuab arsti lahkumist.

Samas ei ole dokumenteerimine Hollandis alates 2002.a. seaduse vastuvõtmisest kohustuslik tingimus.¹⁰⁶ Kuid efektiivse kontrolli tagamiseks peaks tegemist olema kohustusliku tingimusega. Dokumenteerimiskohustust täites või täitmata jätmise korral peab arst olema võimeline selgitama ja põhjendama enda otsuseid ja tegevust iga patsiendi puhul, kelle suhtes teostas eutanaasiat¹⁰⁷. Hea dokumenteerimine võib välistada võimalikke menetlusi arsti suhtes, mistõttu on arsti jaoks kasulikum siiski teavitamis- ja dokumenteerimiskohustust täita.

Eutanaasia teostanud arst peab esitama raporti, mis sisaldab või millele on lisatud:

¹⁰⁵ Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie, lühend KNMP.

¹⁰⁶ J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 101.

¹⁰⁷ Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden, lühend AVVV. *General Association of Nurses and Caregivers. Guideline for Cooperation between Doctors, Nurses and Caregivers in Cases of Euthanasia*. Utrecht: AVVV 2006, lk 16-17.

- Patsiendi tahteavaldus eutanaasia teostamiseks ja tõendid tema soovi järjekindlusest, vajadusel patsiendi perekonna ja lähedaste seisukohad;
- Lootusetute ja talumatute piinade kogemine;
- Füüsiliste sümptomite kirjeldus;
- Kirjeldus patsiendi emotsionaalset/ füüsilisest/ meditsiinilisest seisundist ja väljavaadetest;
- Sotsiaalsed ja usulised aspektid;
- Igapäevase tegevuse võimalused;
- Meditsiinilised sekkumised ja nende mõju ning muutused;
- Muud arsti hinnangul olulised ja asjassepuutuvad asjaolud.

Käesolevas loetelu käsitleb endas asjaolusid, mida peab arst igal juhul raportisse kirjutama/ lisama. Autori hinnangul peab raporteerimiskohustus olema seaduses sätestatud, seda nii arsti, tervishoiuteenuse osutaja kui ka patsiendi lähedaste huvides. Sest kui tõusetub küsimus eutanaasia teostamise osas, on arstil võimalik tugineda dokumentaalsetele tõenditele.

Teavitamis- ja dokumenteerimiskohustuse täitmiseks tuleb luua vastav vorm, mille läbi lihtsustatakse arsti teavitamiskohustuse täitmist ning vähendatakse teabe andmisel eksimisruumi. Patoloogile esitatav raport peab sisaldama põhjendusi ja vastuseid eutanaasiaga tõusetuvatele küsimustele. Mida põhjalikum on esitatud raport, seda väiksem on võimalus, et arstil (ja konsultandil) tuleb anda täiendavaid selgitusi või tema suhtes algatatakse menetlus.

Arstil tuleb muuhulgas arutada eutanaasia läbiviimist perekonna ja lähikondsetega ning samuti meditsiinitöötajatega. Samas ei ole perekonnal võimalik muuta patsiendi antud nõusolekut, vaid anda arstile abi hindamaks, kas patsiendi soov on vabatahtlik, järjekindel, sõltumatu. Suhtlemine perekonna, lähedaste ja meditsiinitöötajatega ei too kaasa arsti tegevuses mingeid muutusi, samas peetakse seda Hollandis niivõrd tähtsaks, et arsti poolt täidetavas raportis tuleb tal vastata just sellega seonduvatele küsimustele (kolm küsimust seoses suhtlemisega).¹⁰⁸ Meditsiinitöötajatega suhtlemist peetakse oluliseks seetõttu, et enamasti avaldatakse esimesena soov eutanaasiat teostada neile. Sellisel juhul peaks õde selgitama välja, kas tegemist on tegeliku tahtega ning kui kiirelt tuleks antud soovi osas otsus teha, muuhulgas peab õde andma patsiendile täiendavat informatsiooni, kui tal tekib

¹⁰⁸ Were there such discussions? If so, what were their views? If not, why not? J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008, lk 105.

eutanaasiaga seonduvaid küsimusi.

Eutanaasia seadustamisel tuleb riigil võtta kindel seisukoht, millistel tingimustel ja kellel on õigus teise isiku elu võtta. Autori hinnangul on eutanaasiat võimalik arstil teostada ka kehtiva õiguse pinnalt, kuid kindel ei saa olla õiguslikes tagajärgedes. Lisaks võib eutanaasia reguleerimata jätmisel jõuda ükshetk samasugusesse olukorda, kus oli Holland 1970-1980. aastatel ehk õigust hakatakse sisustama läbi kohtupraktika. Ent õiguspäraselt ja kontrollitavalt eutanaasia teostamiseks tuleb riigil kehtivat õiguskorda muuta ning võtta vastu seadus aktiivse eutanaasia reguleerimiseks. Selleks, et eutanaasia oleks õiguspärane ja kontrollitav tuleb seaduses selgelt määratleda, mis on eutanaasia toetamiseks seatavad tingimused. Tingimusteta eutanaasia läbiviimisel ei ole võimalik teostada ka järelevalvet. Veelgi drastilisemaid tagajärgi võib omada eutanaasia teostamine regulatsioonita õiguskorras. Selleks aga tulebki seadusandjal otsustada, kas keelata selgesõnaliselt eutanaasia teostamine või võtta vastu seadus, mis annab loa eutanaasia läbiviimiseks konkreetsetel tingimustel.

KOKKUVÕTE

Käesoleva töö peamiseks eesmärgiks on selgitada välja, millal ja millistel tingimustel on eutanaasia teostamine lubatav ning kas eutanaasiat on võimalik viia läbi kehtiva õiguskorra alusel Eestis. Sellest lähtuvalt uuritakse eutanaasia seadustamise vajalikkust Eestis ja tehakse ettepanekuid võimalikuks lahenduseks. Töö käigus selgub, et kehtiva õiguse alusel on inimese tapmine kriminaalkorras karistatav, samas ei ole välistatud, et eutanaasia teostamine arsti poolt patsiendi nõusolekul ja soovil vabastaks arsti süüst ning kriminaal- ja tsiviilõiguslikust vastutusest. Eutanaasia seadustamiseks tuleb autori hinnangul luua seadus, millega seadustataks konkreetne tegu ning lisaks tuleb teha muudatus karistusseadustiku §-s 113, millega välistataks eutanaasiat teostavate arstide süü ja vastutusele võtmine.

Seniks kuni igal inimesel on oma arvamus ja oskus seda kujundada, on ühtse seisukoha kujundamine kogu ühiskonna jaoks võimatu, kuna eutanaasia on mitmete vastuoludega teema. Kuna eutanaasiat ei ole võimalik seletada vaid teaduse kaudu ning puudutab sügavalt eetikat, moraali väärtusi, inimese sisemist veendumust, siis puudub ka puhas tõde. Taoliste mitmetahuliste teemade puhul toimub veendumuste kujundamine aga ühiskonna põhiselt igas riigis eraldi. Lisaks eelnevalt nimetatud tingimustele tuleb arvestada muuhulgas õiguslikke, kultuurilisi, etnilisi, teaduslike, majanduslike asjaolusid ja nende arengut.

Analüüsides käesoleva töö esimeses peatükis õiguste seost eutanaasiaga selgub, et rahvusvaheliselt tunnustatud ja vastuvõetud õigused ja põhimõtted kuuluvad kohaldamisele kõikjal, kuid seda teatud reservatsioonidega. Inimõiguste siduvus eutanaasiaga on aga oluline, kuna annab alust toetuda neile nii poolt- kui ka vastuargumentide esitamisel ning kuna eutanaasia subjektiks on inimene ja tema õigused, siis ei ole muud võimalust, kui lähtuda just neist.

Kuigi inimõigusi nagu ka teisi õigusi on võimalik mitmeti tõlgendada, siis on eutanaasia osas ühest õigustust või keeldu selle tegemiseks võimatu esitada, kõik sõltub argumentatsioonist. Tavaõiguse riikides on omaks võetud küll rahvusvahelised inimõigused, kuid samal ajal võimaldatakse kohtupraktika alusel ka eutanaasia läbiviimist, mis ühelt poolt on inimõiguste vastane.

Nagu eelnevalt mainitud, on eutanaasia moraalne probleem, mis vajab ühiskondlikul tasandil hindamist ning vaidluste korral kaasusepõhist lahendamist. Eutanaasiat praktiseerivate riikide

osas on selge, et seadustatud on vaid teatud liik eutanaasiast ning mida ei saa pidada otseselt ebaseaduslikuks ega inimõiguste vastaseks. Inimese õigused ja vabadused on tagatud eutanaasiat lubava seaduse ning inimõiguste läbi, mille kontroll on eriliselt oluline ja tugev. Seepärast on oluline eutanaasia kaasusepõhine uurimine ja kõigi asjaolude arvestamine. Eutanaasia ebaseaduslikkuse ja õiguste rikkumise vältimiseks tuleb läbi töötada poolt- ja vastuargumendid ning jõuda esmalt eneses arusaamisele, mis on või ei ole lubatud. Kuid õigusriigis ei piisa ainult isiklikest veendumustest kehtestamaks õiguskorda, vaid eksisteerima peavad ka vastavad seadused, mis tegu või tegevusetust lubaksid. Seaduse loomisel tuleb silmas pidada kõiki siseriiklike asjaolusid, mis seonduvad eutanaasiaga ning selle seadustamisega.

Eutanaasia käsitlemisel on võimalik lähtuda kohtupraktikast kui ka eutanaasia legaliseerinud riikide seadustest, mida tehakse töö teises peatükis. Esiteks on toodud välja autori hinnangul olulisemad kaasused ja lahendused eutanaasiaga seonduvalt. Antud valdkonnaga seonduv kohtupraktika on oluliselt mahukam, kui seda on uuritud käesoleva töö raames, kuid töö eesmärgiks ei ole teostada kohtulahenditest täielikku analüüsi, vaid näitlikustada eutanaasiaga kaasnevate probleemide esinemist ja eutanaasia seadustamise olulisust. Arvestades, et Hollandis teostati eutanaasiat enne selle seadustamist ligi 30 aastat, lahendati tõusetunud kaasusi vaid kohtute poolt. Seeläbi kujunes eutanaasia õiguslik alus, kuid arvestades, et Mandri-Euroopa õigussüsteemis ei kehti pretsedendi õigus, eksisteeris kuni seaduse vastuvõtmiseni teatud õiguskindlusetus. Ka Eestis ei kohaldata pretsedenti, mistõttu on autori hinnangul oluline eutanaasia reguleerimine seadusega. Saksamaa kohtupraktika käsitlemine ei ole autori hinnangul asjakohatu, kuna Eesti õigus on suuresti kasvanud välja just Saksa õigusest ning sarnaste õiguskäsitluste tõttu ülekantav ka Eestisse tänapäeval. Eutanaasiaga seotud kaasuste arv Saksamaal on madal, kuna ollakse seisukohal, et eutanaasia läbiviimine Saksamaal on keelatud ja ebaseaduslik. Ajalooliselt esineb Saksamaal eutanaasia osas tugev vastuseis, kuna tegemist on inimese tapmisega. Kuid Saksa õiguse seisukoht on muutumas, mis nähtub ka kohtupraktikast. Euroopa Inimõiguste Kohtu menetluses on lahendatud samuti mitmeid eutanaasiaga seotud kaasuseid inimõiguslikest aspektidest ning nagu ka tuvastatav, seisukohad eutanaasia totaalse keelu osas on muutunud. See aga ei tähenda, et vaidluste korral ei lähtutaks kehtivast õiguskorrast või õiguse põhimõtetest. Teiseks on uuritud eutanaasia reguleerimise arengut ja õiguse kujundamisloogu Hollandis, sest Holland on esimene riik, kus aktiivne eutanaasia ja assisteeritud enesetapp 2002. aastal seadustati. Käsitletud on eutanaasia seadustamise kulgu laial ja kitsal tasandil ehk vastavalt ühiskondlikul ja õiguslike aspektide alusel, sealhulgas seadustamise sisu ja tingimusi. Autori hinnangul on eutanaasiaga

seonduvaid probleeme käsitletud Hollandis kõige kompaktsemalt ning lõpptulemusena loodud seadus, mille puhul on püütud arvesse võtta kõikvõimalike riiklikult olulisi tingimusi.

Eutanaasia teostamist ja selle tagajärgi Eestis kehtiva õiguse alusel uuritakse töö kolmandas peatükis. Selleks hinnatakse ka õiguskorda ja -süsteemi, milles inimene igapäevaselt tegutseb, sest seeläbi on võimalik tuvastada, kas ja millistel tingimustel on eutanaasia lubatud või lubatav. Käesolevas töös on selleks hinnatud eutanaasia lubatavust kehtiva õiguskorra alusel ning tuvastatud, et kehtiva õiguse pinnalt eutanaasia teostamine ei ole *expressis verbis* lubatud. Samas ei ole, olukorras kus seda tehakse patsiendi soovi ja nõusoleku alusel, eutanaasia selgesõnalist keeldu sätestatud. Patsiendi nõusolek võiks seega olla arsti teo (isiku surmamise) õigusvastasust välistav asjaolu, kuid kohtupraktika puudumise tõttu ei ole võimalik seda kindlalt väita. Autori hinnangul tuleb eutanaasia seadustamiseks luua kindel reeglistik ning seda eelkõige läbi seaduse, mis annaks kindlad juhised nii patsiendile, kes soovib eutanaasiat, kui ka arstile õiguskindluse tagamiseks ja õiguslike tagajärgede välistamiseks.

Kehtiva õiguskorra kohaselt on isiku tapmine kriminaalkorras karistatav süütegu. Kui isik on avaldanud soovi ja andnud nõusoleku enda arsti poolt surmamiseks, ei ole üheselt selge, kas tegemist on õigusvastasust välistava asjaoluga ning kriminaalkorras vastutusele võtust vabastatud või mitte. Seega ei ole eutanaasia teostamine reguleeritud, mistõttu väita, et tegemist ei ole süüteoga, ei ole võimalik. Samas ei saa seda ka autori hinnangul välistada. Autor on seisukohal, et kehtivast õigusest tulenevalt ei ole seaduslik regulatsioon piisav. Riik ei tohiks eutanaasiaga seonduvaid probleeme kõrvale jätta. Asjaolu, et Eesti õiguspraktikas antud kaasused puuduvad, ei välista probleemi olemasolu ega eutanaasia teostamist. Antud osas ülevaate ja konkreetsete seisukohtade, sh õigusnormide puudumine, ei välista, et eutanaasiat ei teostata. Lisaks ei ole täna võimalik eutanaasia osas järelevalvet teostada, kuna õiguslikud alused selleks puuduvad. Kui puudub seadus *expressis verbis*, selguvad õiguslikud seisukohad läbi tõlgendamise, kuid arvestades teema tõsidust, ei ole see autori hinnangul piisav. Luba või keeld eutanaasia teostamiseks peab olema selgelt ja ühemõtteliselt seadusega reguleeritud.

Eesti puhul on oluline esmalt tuvastada eutanaasia seadustamise vajalikkus, mida käsitletakse neljandas peatükis. Hinnatakse eutanaasia seadustamise eesmärgi, vajalikkust ning tehakse ettepanekuid, millega tuleks kindlasti arvestada regulatsiooni loomisel. Käesolevas töös selgitatakse välja õiguslikud võimalused eutanaasia läbiviimiseks, kuid täiendavalt tuleb

riiklikul tasandil selgitada välja meditsiinilised, majanduslikud jm võimalused eutanaasia läbiviimiseks. Kuna eutanaasia üle otsustamine vajab mastaapset lähenemist, ei tohiks riik otsustada eutanaasia keelamist või lubamist ilma ühiskonna arvamust uurimata ja arvestamata. Selleks tuleb konkretiseerida praktiseeritava eutanaasia ulatus, teha valik eutanaasia liikidest. Seda ülesannet ei oleks aga otstarbekas jätta rahva otsustada, vaid tuleb luua vastav(ad) komisjon(id), mille ülesandeks oleks selgitada välja eutanaasia võimalus ja ulatus. Luua tuleb seadus, mis täidaks oma eesmärgi koheselt ja korrektselt. Enne seadust tuleb autori hinnangul teostada põhjalik uuring riiklikul tasandil, muuhulgas selgitada välja arstide, patsientide ning ühiskonna üldine meelestatus eutanaasia seadustamiseks. Loodava komisjoni ülesandeks oleks teha valik eutanaasia liigitusest, teostada mõjude hinnang ja võrdlus ning valmistada ette seaduse eelnõu. Autori hinnangul võiks tulla kõne alla aktiivse eutanaasia ja/või assisteeritud enesetapu seadustamine. Selleks tuleb muuta karistusseadustiku §-i 113, mis kirjutatakse ümber lõikudena. Paragrahvi esimene lõige sisaldaks kehtivat üldreeglit ning teises lõikes sätestatakse selle erandina arsti poolt, patsiendi nõusolekul ja soovil teostatav eutanaasia. Lisaks tuleb luua eraldiseisev seadus, millega defineeritakse eutanaasia mõiste, selle teostamise eeltingimused, arsti hoolsuskohustus ning järelevalve teostamise tingimused. Seega oleks arsti poolt patsiendi soovil ja nõusolekul eutanaasia läbiviimine õiguslik vaid konkreetsetel tingimustel. Kõigi tsiviilõiguslike nõuete välistamine ei ole autori hinnangul võimalik. Kui aga eutanaasia on kriminaalõiguslikult teostatud seaduslikult, on süüst tulenevate tsiviilõiguslike nõuete esitamine autori hinnangul välistatud.

Nagu töö kolmandast peatükist selgub, on õigussüsteem antud osas puudulik ja ebaselge, õiguskindlust ei ole tagatud nii patsiendile, arstile, tervishoiuteenuse osutajale kui ka teistele seotud osapooltele. Selleks peab aga riik (seadusandja) astuma aktiivseid samme – probleemi ennetamiseks tuleb vaadata tulevikku, mitte ootama seni, kuni olukord halveneb ning kohtutel tuleb õigust tõlgendada. Kuna Eestis ei kehti pretsedendiõigus, ei ole õigustatud ka seisukohtade kujundamine läbi õiguse tõlgendamise kohtute poolt, õigusriigile omaselt tuleb seadusega vajalikke valdkondi õiguslikult reguleerida. Arvestades, et seaduse vastuvõtmine on pikaajaline protsess, tuleks seadusandjal juba alustada eutanaasiaga seotud teemadel uuringute teostamist, komisjoni(de) loomist, analüüsi läbiviimist ja hinnangute andmist. Probleemi eitamine ja ükskõiksus ei ole lahendus, teades, et eutanaasia teostamise tagajärjed on fataalsed, ning seotud ühe olulisima riigi poolt kaitstava ja inimese põhiõigusega – õigusega elule.

THE POSSIBILITY OF LEGALISING EUTHANASIA IN ESTONIA BY THE EXAMPLE OF THE NETHERLANDS

Summary

This master's thesis analyses the development of the regulation of euthanasia and the legal aspects related thereto, delves into the judicial practice of the Netherlands prior to and after legalising euthanasia, based on which the substantive and procedural conditions of the necessary objectives and regulation is developed. The thesis also discusses the possibility of legalising euthanasia in Estonia while also giving an assessment on euthanasia being performed based on the legislation currently in force and making proposals to carry out the necessary amendments to legalise euthanasia through the experience of the Netherlands.

The thesis is relevant from several aspects. Firstly, more and more countries, including EU member states, are beginning to accept euthanasia in one form or another and have started making corresponding amendments in their legal systems. As Estonia is one of the member states of the EU, the author finds that there is good reason to determine whether and how the permissibility/impermissibility of euthanasia is regulated in Estonia and whether based on legislation currently in force there is a need to draft a law that would regulate euthanasia. The second aspect would be the continually active public discussion and interest concerning carrying out euthanasia as shown by articles and opinions found on the pages of several newspapers and also by the fact that several proposals to legalise euthanasia were made to the People's Assembly Rahvakogu.

As euthanasia is quite a controversial act that has been legalised in some countries while prohibited in others, this thesis assesses when and under which conditions performing euthanasia is permissible and justified. The research questions of the thesis are whether euthanasia can be performed based on the legislation currently in force and what are the consequences of euthanasia and what should be done to legalise euthanasia in Estonia. Based on the results of this analysis, the author makes proposals to regulate euthanasia and amend the legislation.

In order to solve the aforementioned issues, the author first analyses the nature and substance of euthanasia and the legal opinions and legislation related thereto. With this in mind, the experience of the Netherlands in legalising euthanasia and the judicial practice of Dutch and German courts and the European Court of Human Rights are reviewed. In order to ascertain

the possibility of euthanasia in Estonia, the wording of the applicable regulation and the opportunities of performing euthanasia arising from the law are assessed while also analysing the possible claims that may arise as a consequence of performing euthanasia.

For the purposes of this master's thesis, euthanasia is deemed to be a situation where a patient having given their express consent and suffering intolerably and hopelessly without out a chance for recovery dies by the action of a doctor. Unless expressly stated otherwise, the term euthanasia is meant as active euthanasia and assisted suicide. Euthanasia does not include death inducing or pain relieving treatment or the withholding or termination of life extending treatment. The aforementioned methods are generally viewed as a part of normal medical practice and different from euthanasia as there is no specific control over it. The clear use of the term is important for this topic, as with an unclear wording, it would be possible that an action is legalised which can be performed by anyone and not only doctors under special circumstances.

In order to determine whether it is already possible to legally perform euthanasia, primarily criminal law and the law of obligations are discussed and analysed. To corroborate the author's position, the legality of euthanasia performed at the patient's request and without such a request is analysed. The experience of the Netherlands spanning several decades is described and analysed, enabling comparisons for the purpose of the legislation currently in force in Estonia as well as the regulation potentially drafted in the future. On the other hand, one must keep in mind that euthanasia is not a practice that is internationally and universally accepted which is why examples of the judicial practice of Dutch and German courts and the European Court of Human Rights are provided.

As more and more countries accept practices for terminating life, the thesis discusses whether there is a need to legalise euthanasia in the Estonian legal system. The primary objective of this thesis is to achieve clarity regarding the legality of performing euthanasia based on the legal and judicial practice of the Netherlands and to indicate the important conditions which must be considered in legalising euthanasia. Using the experience of the Netherlands as reference is justified primarily due to the fact that they were the first country to create a complete system. The pertinence of the system is also confirmed by the fact that other countries have used it as a reference point.

Assessing the legal and judicial practice of other countries alone is insufficient for legalising

euthanasia. The public opinion must support euthanasia and it needs to be politically possible. The public opinion depends on values, the importance of treating human life with dignity as well as the respect for a person's autonomy. For euthanasia, however, the general view of the public and the political opinion are not enough – it is also important to ascertain and consider the opinions of persons who would perform euthanasia (primarily doctors). Furthermore, the performance and ensuring the legality of euthanasia must be carefully considered. If the public and political opinions conform and the prerequisites for legalising euthanasia are met, it is possible to move on to legislation and accepting and refuting various arguments. In enacting and amending legislation concerning euthanasia, it is necessary to account for the historical, institutional, political, cultural and social environment; the existing healthcare system and legal history.

The primary aim of this thesis is to determine when and under which conditions performing euthanasia is permissible and whether it is possible to perform euthanasia in Estonia under the legislation currently in force. Based on this, the necessity of legalising euthanasia in Estonia is analysed and proposals for possible solutions are made. The thesis shows that although killing a person is punishable under criminal law, it is not precluded that the performance of euthanasia by a doctor at the patient's consent and request would release the doctor from culpability and criminal and civil liability. The author finds that in order to legalise euthanasia a law must be enacted which would legalise the specific act and also section 113 of the Penal Code must be amended to preclude the culpability and liability of doctors performing euthanasia.

As far as every person has their own opinion and the capacity to form such an opinion, it is impossible to come to a uniform position for society as a whole as euthanasia is a controversial topic in several regards. As euthanasia cannot be explained solely through science and deeply concerns ethics, moral values, persons' internal convictions, there can be no absolute truth. For such multifaceted topics, the formation of convictions takes place in the society of each country separately. In addition to the aforementioned conditions also legal, cultural, ethnical, scientific and economic circumstances and the development thereof must be considered.

Analysing the relationship between rights and euthanasia in the first chapter of this thesis it is determined that internationally recognised and accepted rights and principles are applicable everywhere but with certain reservations. The connection between human rights and

euthanasia is important as it provides grounds to formulate arguments both for as well as against euthanasia and as the subject of euthanasia is a person and their rights, these must be the basic factors to consider.

Although human rights, similarly to other rights, can be interpreted in several ways, an unequivocal justification for or prohibition against it cannot be presented – it all depends on the reasoning. In common law countries, international human rights have been adopted, but the judicial practice also allows the practice of euthanasia which is somewhat contrary to human rights.

As mentioned before, euthanasia is a moral issue which must be evaluated on the level of the society as a whole and resolved on a case by case basis upon disputes. With regard to countries practicing euthanasia, it is clear that only a certain type of euthanasia has been legalised which cannot be considered directly illegal or an infringement of human rights. Human rights and freedoms are ensured through the law permitting euthanasia and human rights, the supervision of which is especially important and strong. For this reason, it is important to analyse euthanasia case by case and to consider all possible aspects. In order to avoid illegal euthanasia and the violation of rights, it is necessary to consider both the arguments in favour as well as against euthanasia and to come to an internal understanding of what is permitted and what is not. However, in a state based on the rule of law, personal convictions are not enough to determine the legal environment – respective laws which would permit the act or omission must be in place. Upon drafting the law, all national aspects related to euthanasia and the legalisation thereof must be taken into account.

Euthanasia can be discussed both based on judicial practice as well as the laws of countries that have legalised euthanasia as is done in the second chapter of the thesis. Firstly, the cases and decisions related to euthanasia that are the most important in the opinion of the author are provided. The judicial practice related to this field is significantly more voluminous than what is reviewed in this thesis but the aim of this thesis is not to perform a comprehensive analysis of court decisions but rather to exemplify the problems entailed by euthanasia and the importance of regulating euthanasia. Considering the fact that euthanasia was performed in the Netherlands for almost 30 years prior to being legalised, the cases that arose were only resolved by the courts. This is how the legal basis for euthanasia was formed but considering the fact that the continental European legal system is not based on case law, there was some legal uncertainty until the law of passed. Case law is also not applied in Estonia which is why

the author finds it important to regulate euthanasia by law. Reviewing German judicial practice is pertinent in the author's opinion as Estonian law has, to a great extent, been derived from German law which can also be considered applicable to modern day Estonia due to similar legal views. The number of cases related to euthanasia in Germany is small as the general position that performing euthanasia in Germany is prohibited and illegal. Historically, there is a strong opposition to euthanasia in Germany as it constitutes killing a person. Still, the position of German law is changing and this is also evident from the judicial practice. The European Court of Human Rights has also heard several cases related to euthanasia from the perspective of human rights and it is evident that the positions on the total ban of euthanasia have changed. This, however, does not mean that the resolution of disputes would not be based on the legislation currently in force and legal principles. Secondly, the development of the regulation of euthanasia and the history of drafting the legislation in the Netherlands has been analysed as the Netherlands was the first country to legalise active euthanasia and assisted suicide in 2002. The process of legalising euthanasia has been discussed from both a broad as well as a narrow perspective i.e. socially and legally respectively, including the content and conditions of the legalisation. The author finds that the problems related to euthanasia have been discussed most compactly in the Netherlands and, as the end result, a law was created which attempts to consider all possible requirements of national importance.

The third chapter of the thesis analyses the practice of euthanasia and the consequences thereof based on the laws applicable in Estonia. It also assesses the legal environment and system in which a person acts on an everyday basis as this enables to determine if and under which conditions euthanasia is permitted or permissible. For this purpose, this thesis has assessed the permissibility of euthanasia based on the legislation currently in force and determined that the current legislation does not expressly permit the practice of euthanasia. On the other hand, in a situation where it is carried out at the patient's request and consent, an express prohibition of euthanasia has not been stipulated. Thus, the patient's consent could be a fact that precludes the unlawfulness of the doctor's action (killing a person) but this cannot be claimed with certainty due to the absence of relevant judicial practice. The author finds that a specific framework for legalising euthanasia must be created and this must be done primarily by a law which would provide clear instructions for both the patient requesting euthanasia as well as the doctor in order to provide legal certainty and preclude legal consequences.

According to the legislation currently in force, killing a person is punishable pursuant to

criminal procedure. It is unclear if a person has expressed the wish and granted the consent to be killed by a doctor whether this is a circumstance which precludes unlawfulness and whether or not it releases the doctor from criminal liability. Thus, the practice of euthanasia has not been regulated and due to this it cannot be claimed that this is not an offence. On the other hand, the author finds that this also cannot be precluded. In the author's opinion, the legal regulation arising from the legislation currently in force is insufficient. The state should not neglect the problems related to euthanasia. The fact that there are currently no such cases in Estonian judicial practice does not preclude the existence of the problem or the practice of euthanasia. The absence of an overview and specific positions, incl. legal norms, does not necessarily mean that euthanasia is not performed. Furthermore, it is currently impossible to perform supervision over euthanasia as there are no legal grounds for it. If there is no *expressis verbis* regulation by law, legal opinions are formed through interpretation which, considering the severity of the topic, the author finds inadequate. The permission or prohibition of performing euthanasia must be clearly and unambiguously regulated by law.

In the case of Estonia, it is important to firstly determine whether it is necessary to legalise euthanasia and this is discussed in the fourth chapter. The aims and necessity of legalising euthanasia are assessed and proposals are made which should certainly be taken into account upon drafting the regulation. This thesis ascertains the legal possibilities of performing euthanasia but the medical, economic and other possibilities for this must be determined on the state level. As deciding on euthanasia requires a broad approach, the state should not decide on prohibiting or permitting euthanasia without surveying and considering public opinion. In order to do this, the scope of euthanasia to be practiced must be specified, making a selection from several kinds of euthanasia. However, it would be impracticable to leave this task to be decided on by the people and respective committee(s) should be formed which would be tasked with determining the possibility and extent of euthanasia. A law must be drafted which would fulfil its purposes immediately and correctly. Before such a law is enacted, the author finds that a thorough national study must be performed which would ascertain the views of doctors, patients and the society in general on legalising euthanasia. The committee to be formed would have to choose from various categories of euthanasia, perform an impact assessment study and comparison and prepare a bill for the act. The author finds that the options could be the legalisation of active euthanasia and/or assisted suicide. For this purpose, section 113 of the Penal Code should be amended and rephrased in subsections. The first subsection would include the general rule applicable and the second subsection would stipulate euthanasia performed by a doctor at the patient's request and consent as an

exception. In addition to that, a separate law must be established defining the term “euthanasia”, the preconditions to performing it, the doctor’s due diligence and the conditions for carrying out supervision. Thus, the doctor performing euthanasia at the patient’s request and consent would be lawful only under specific conditions. In the author’s opinion, it is impossible to preclude all possible claims under civil law. If, however, euthanasia is performed lawfully in terms of criminal law, the author finds that civil claims arising from culpability would be precluded.

As evident from the third chapter of the thesis, the legal system is deficient and unclear in this regard and does not provide legal certainty to the patient, the doctor, the provider of healthcare services or to other related parties. For this purpose, the state (the legislator) must take active steps – it must resolve the problem with the future in mind and not wait until the situation gets any worse and the courts need to start interpreting the law. As Estonia is not a common law state, the formulation of positions through the courts’ interpretation of the law is also unjustified – in a state governed by the rule of law, the necessary areas must be regulated by law. Considering the fact that passing a law is a lengthy process, the legislator should already start performing studies, forming committees, carrying out analyses and giving assessments related to euthanasia. Denial of the problem and indifference is not a solution, knowing that the consequence of performing euthanasia are fatal and related to one of the most important basic human rights to be safeguarded by the state – the right to life.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. K. Amarasekara, M. Bagaric. Euthanasia, Moral and Law. New York: P. Lang 2002.
2. British Medical Association. Euthanasia Report of the Working Party to Review the British Medical Association's Guidance on Euthanasia. May 1988, London.
3. F. M. Cornford. The Microcosmographia Academica. Cambridge: Bowes & Bowes Publishers Ltd 1908.
4. B. Crul. Lijdensweg door goed dokterschap [Suffering Due to Good Doctoring.]. - Medisch Contact 2001, No 7.
5. J. Dinkermann. Euthanasia comes one step closer. - Executive Intelligence Review 1995, Vol 22, No 31.
6. R. M. Dworkin. Life's dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom. New York: Alfred A. Knopf 1993.
7. R. M. Dworkin. Taking Rights Seriously. Ameerika Ühendriigid: Harvard University Press 1977.
8. General Association of Nurses and Caregivers. Guideline for Cooperation between Doctors, Nurses and Caregivers in Cases of Euthanasia. Utrecht: AVVV 2006.
9. J. Glover. Causing Deaths and Saving Lives. Harmondsworth: Penguin 1977.
10. N. Goebel. German Court Rules in Favor of Passive Assisted Suicide. Deutsche Welle, 25.06.2010. – Arvutivõrgus: <http://dw.de/p/O2jG> (01.05.2013).
11. J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford, Portland, Oregon: Hart Publishing 2008.
12. L. Halman. The European Values Study: A Third Wave. Source book of the 1999/2000 European Values Study Survey. Tilburg: WORC, Tilburg University 2001.
13. K. Hälvín. Eutanaasia teistes riikides ja homses Eestis. Tartu: Tartu Ülikool, 2012.
14. R. Inglehart. The Silent Revolution. Princeton: Princeton University Press 1977.
15. K. Kirss. Arst võib võtta valu, mitte elu. Eesti Päevaleht, 01.04.1996.
16. R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. Eesti Arst 1999, nr 1.
17. J. Laux, A. Röbel, M. Parzeller. Rechtsfragen zur ärztlichen Sterbehilfe Teil I – Terminologie und historischer Überblick [Legal issues of physician-assisted euthanasia part I-terminology and historical overview]. - Archiv für Kriminologie 2012, 230(5-6).
18. H. Leenen. Handbook of Health Law. Vol 1: Individual Rights in the Context of Medical Care, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 2000.

19. P. K. Longmore. Elizabeth Bouvia, Assisted Suicide and Social Prejudice. - Issues on Law and Medicine 1987, 3(2):Fall.
20. J. Mackenbach, P. van der Maas. Health and Health Care. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg 2004.
21. A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura 2007.
22. M. Otlowski. Voluntary Euthanasia and the Common Law. Oxford: Clarendon Press 1997.
23. B. J. Pollard. The Challenge of Euthanasia. Crows Nest: Little Hills Press 1994.
24. J. Rachels. The End of Life: Euthanasia and morality. Oxford: Oxford University Press 1986.
25. J. Rawls. A Theory of Justice. Oxford: Clarendon Press 1972.
26. L. Skene. Law and Medical Practice: Rights, Duties, Claims and Defences. Sydney: Butterworths 1998.
27. Sociaal en Cultureel Planbureau. Social and Cultural Report 1992. The Hague: VUGA 1992.
28. J. Sootak, P. Pikamäe. Karistusseadustik kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009.
29. D. C. Thomasma, T. Kimbrough Kushner, G. L. Kimsma, C. Ciesielski-Carlucci. Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia. Netherlands: Springer 1998.
30. P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura 2009.
31. C. Vezzoni. Advance Treatment Directives and Autonomy for Incompetent Patients in Law and Practice. Lampeter, Ceredigion (Wales): The Edwin Mellen Press 2008.
32. G. van der Wal *et al.* Medical Decision Making at the End of Life: Medical Practice and the Assessment Procedure for Euthanasia. Utrecht: de Tijdstroom 2003.

KASUTATUD ÕIGUSAKTID

1. Amsterdami leping, millega muudetakse Euroopa Liidu lepingut, Euroopa Ühenduste asutamislepingut ja teatavaid nendega seotud akte. - RT II, 12.03.2004, 3, 8.
2. Eesti Vabariigi põhiseadus. - RT 1992, 26, 349... RT I, 27.04.2011, 2.
3. Euthanasia Laws Act 1997. – Arvutivõrgus: <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2004A05118> (01.05.2013).
4. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. - RT II 1996, 11, 34.
5. Inimõiguste ülddeklaratsioon. – Arvutivõrgus:

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/est.pdf
(01.05.2013).

6. Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt. - RT II 1994, 10, 11.
7. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. - RT I 2001, 50, 284 ... RT I, 10.07.2012, 4.
8. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Autori tõlge: isiku palvel elu lõpetamise ja assisteeritud enesetapu seadus. Arvutivõrgus: http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_01-05-2013 (01.05.2013).

KASUTATUD KOHTUPRAKTIKA

1. EIKo 19.02.1997, 21627/93; 21628/93; 21974/93, *Laskey, Jaggard and Brown vs. The United Kingdom*.
2. EIKo 26.10.2000, 48335/99, *Sanles Sanles vs. Hispaania*.
3. EIKo 29.04.2002, 2346/02, *Pretty vs. The United Kingdom*.
4. EIKo 20.01.2011, 31322/07, *Haas vs. Suisse*.
5. EIKo 19.07.2012, 497/09, *Koch vs. Saksamaa*.
6. Hoge Raad. Nedelands Jurisprudentie 1985, No 106, 27.11.1984.
7. Hoge Raad. Nederlandse Jurisprudentie 2003, no 167, 24.12.2002.
8. Hoge Raad. Nederlandse Jurisprudentie 2005, no 217, 2005.
9. Rechtbank Haarlem, no 15/035127-99, 30.10.2001.
10. Rechtbank Leeuwarden, Nederlandse Jurisprudentie 1973, No 183, 21.02.1973.
11. RKKKo 3-1-1-109-01.
12. RKKKo 3-1-1-110-04.
13. *Pretty v Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department*, 29.11.2001. – Arvutivõrgus: <http://www.bailii.org/cgi-bin/markup.cgi?doc=/uk/cases/UKHL/2001/61.html&query=pretty&method=all>
(01.05.2013).

KASUTATUD ELEKTROONILISED ALLIKAD

1. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar, 25.06.2010. Bundesgerichtshof Mitteilung der Pressestelle No. 129/2010. – Arvutivõrgus: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Sort=12288&anz=623&pos=0&nr=52416&linked=pm&Blank=1> (01.05.2013).

2. Euroopa Parlamendi Assamblee resolutsioon 1859(2012). Provisional edition Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. - Arvutivõrgus: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta12/ERES1859.htm> (01.05.2013).
3. German Court Legalises Euthanasia with Patient Consent. BBC, 25.06.2010. – Arvutivõrgus: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/world/europe/10414647.stm> (01.05.2013).
4. J. Helliwell, R. Layard, J. Sachs. World Happiness Report. - Arvutivõrgus: <http://issuu.com/earthinstitute/docs/world-happiness-report?mode=window&backgroundColor=%23222222> (01.05.2013).
5. Living Will Law Passed by German Bundestag. Deutsche Welle, 18.06.2009. – Arvutivõrgus: <http://dw.de/p/IUF8> (01.05.2013).
6. A. Raun. *Online-väitlus*: eutanaasia tuleb Eestis seadustada. Postimees, 08.02.2010. – Arvutivõrgus: <http://www.postimees.ee/221969/online-vaitlus-eutanaasia-tuleb-eestis-seadustada/> (01.05.2013).
7. Regional Euthanasia Review Committees. Annual report 2010. - Arvutivõrgus: [http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/JV%20RTE%202010%20ENGELS%20\(EU12.01\)_tcm52-30364.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/JV%20RTE%202010%20ENGELS%20(EU12.01)_tcm52-30364.pdf) (01.05.2013).
8. USA Health Government. The Affordable Care Act Becomes Law. – Arvutivõrgus: <http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html> (01.05.2013).

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Maarja Roht, sündinud 29.07.1988.a.,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Eutanaasia legaliseerimise võimalikkus Eestis Hollandi näitel, mille juhendaja on Ants Nõmper ja kaasjuhendaja Kristjan Kask.
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tallinnas, 06.05.2013.a.